SOMMAIRE

Lexique des abréviations

Lettre au ministre

Introduction

1- Le Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Nord-Ouest (CRSSS-08)

2- Problématique globale des services de santé dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue

3- Problématique globale des services sociaux dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue

4- Les services aux établissements

5- Les services administratifs

6- Les services en commun

7- Service des communications

8- Service des plaintes

9- Dossiers particuliers

Formation et perfectionnement relié à l'emploi (3 août 1981 au 31 mars 1982)

Sectorisation

Intégration CRSSS-DSC

La condition féminine

10- Conclusion

11- Etats financiers annuels 1981-1982

LEXIQUE DES ABRÉVIATIONS

CA	Centre d'accueil
CAH	Centre d'accueil d'hébergement
CAR	Centre d'accueil de réadaptation
CARIE	Commission administrative régionale des immobilisations et des équipements
CARSEC	Commission administrative régionale des services en commun
CARSPL	Commission administrative régionale des services de première ligne
CARSSM	Commission administrative régionale des services en santé mentale
CH	Centre hospitalier
CLSC	Centre local de services communautaires
CRSSS	Conseil régional de la santé et des services sociaux
CRSSS-08	Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Nord-Ouest
CS	Centre de santé
CSS	Centre de services sociaux
CSSNOQ	Centre de services sociaux du Nord-Ouest québécois
DSC	Département de santé communautaire
LOI	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MAS	Ministère des Affaires sociales
MEQ	Ministère de l'Education du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
SPL	Services de première ligne

A noter
Le nom de la région du Nord-Ouest (08) a été remplacé par celui d'Abitibi-Témiscamingue (décret 1498-81)
Des dispositions seront prises pour que le nom du Conseil régional de la santé et des services sociaux du Nord-Ouest soit aussi modifié le plus tôt possible.

LETTRE AU MINISTRE

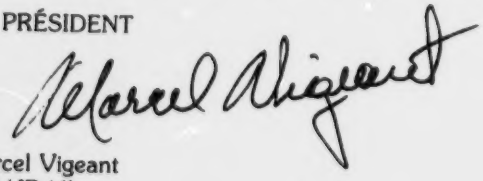
Le 5 août 1982

Monsieur Pierre-Marc Johnson
Ministre
Ministère des Affaires sociales
1075 - Chemin Ste-Foy
QUÉBEC (Québec)
G1S 2M1

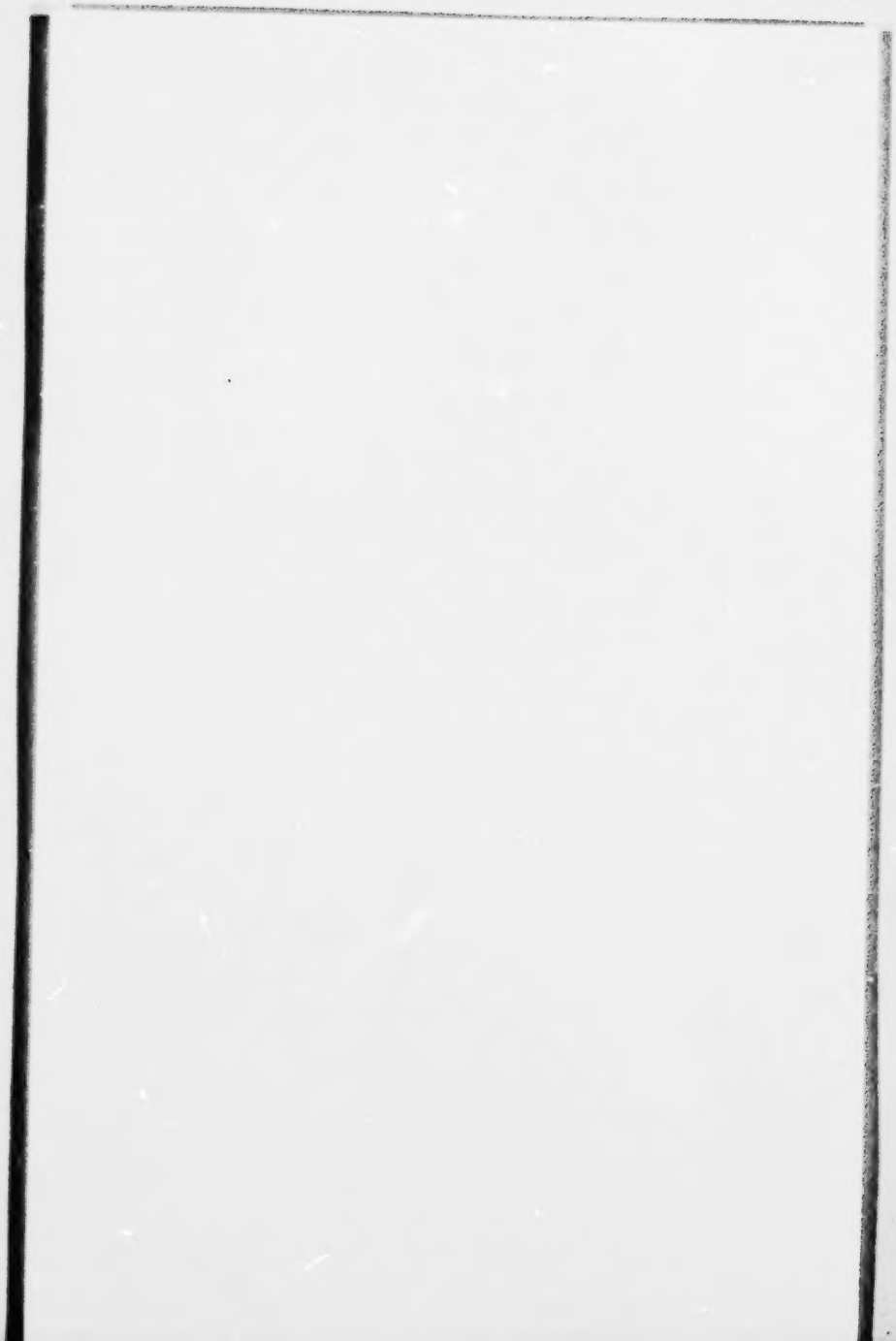
Monsieur le ministre,
Nous avons l'honneur de vous présenter le rapport annuel du Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Nord-Ouest (08), pour l'exercice financier qui s'est terminé le 31 mars 1982.

Veuillez agréer, Monsieur le ministre, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

LE PRÉSIDENT



Marcel Vigeant
MV/JB/dl



INTRODUCTION

Au terme de l'année 1981-1982, nous avons tenté de mesurer le plus justement possible, le cheminement du Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Nord-Ouest (CRSSS-08), en regard des priorités du début, et nous avons constaté que les contraintes n'ont pas ralenti l'enthousiasme puisque la distance parcourue est plus que suffisante.

En tête de liste de ces contraintes, nous retrouvons bien sûr, l'exercice particulièrement ardu des plans de redressement dans une région que les caractéristiques d'éloignement et de distance ont toujours pénalisée.

Ce dossier d'une lourde responsabilité régionale a exigé de nombreuses interventions du CRSSS-08 auprès des établissements, afin d'en arriver à la définition et à l'application d'une politique de rationalisation. Par ailleurs, la mise sur pied de Tables sectorielles et les économies de ressources réalisées par la fusion de postes d'encadrement inter-établissements sur une base volontaire, sont des facteurs qui auront contribué à réaliser des plans de redressement atteignant la presque totalité des contraintes exigées par le ministère des Affaires sociales

La pénurie chronique d'effectifs médicaux et les crises aiguës des derniers mois (Lebel/Quevillon, Matagami, Rouyn-Noranda, Val d'Or) auront aussi pris une place importante dans les activités du CRSSS-08.

Nous avons choisi, en cours d'année, de considérer ce grave problème dans toute sa globalité et de nous tracer un plan d'action en conséquence. C'est ainsi que sans négliger nos démarches auprès du ministère des Affaires sociales, nous avons uni nos efforts à ceux des CRSSS 01 et 09 pour non seulement aller recruter des médecins sur place, mais encore pour tracer un profil socio-sanitaire de ces trois régions et proposer une meilleure adaptation des ressources aux besoins identifiés. De plus, nous avons collaboré à la mise en place d'une concertation en Abitibi-Témiscamingue pour une véritable prise en charge régionale du problème.

Les résultats sont minces encore, mais nous osons croire que nos propositions renforcées par l'appui des autres

régions périphériques trouveront une réponse équitable et adaptée à nos besoins.

Nous avons par ailleurs piloté en cours d'année, deux autres dossiers importants pour la planification et la programmation régionale: la sectorisation et l'intégration du Département de santé communautaire au CRSSS.

Ces deux dossiers ont de commun, qu'ils favorisent la rationalisation, le partage des ressources et l'approche communautaire, en développant un réseau de services intégrés et une prise en charge globale.

Ce qui importe de noter pour nous au terme de cette année, c'est que les orientations que nous nous sommes données et particulièrement celles ou la notion de réseau de services intégrés est privilégiée, nous avons voulu les faire partager aux établisse ments par des consultations ponctuelles tout en essayant d'être leur fidèle porte-parole auprès du ministère des Affaires sociales Le lecteur pourra en faire la constatation tout au long de ce rapport annuel.

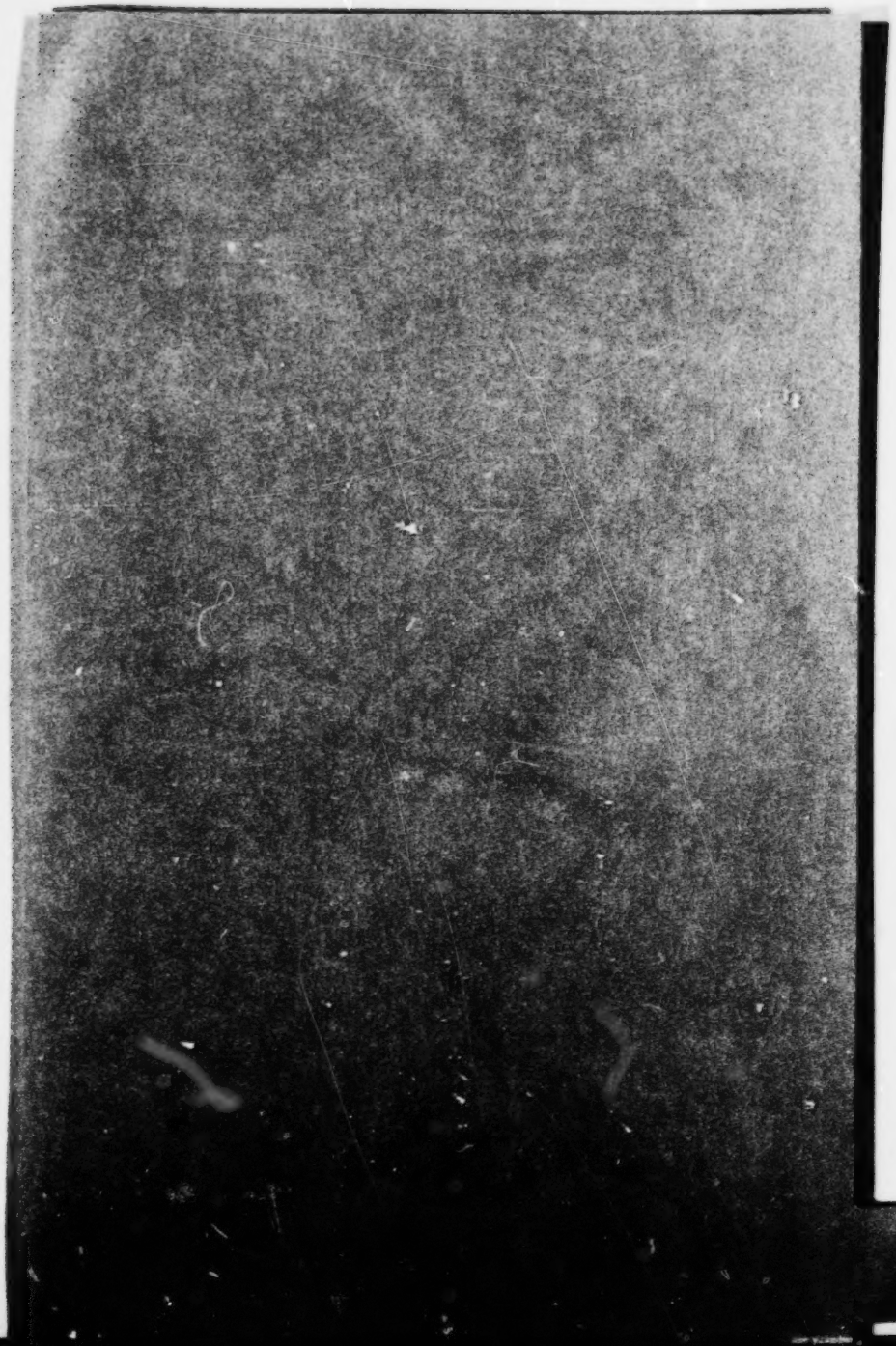
LE DIRECTEUR GÉNÉRAL

Raynald Bergeron

1

LE CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DU NORD-OUEST (CRSSS-08)

Mission
Fonctions générales
Fonctions spécifiques



LE CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DU NORD-OUEST (CRSSS-08)

Mission

Le Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Nord-Ouest (CRSSS-08), est un organisme parapublic créé par un décrêt du Lieutenant-Gouverneur en conseil, le 20 décembre 1972, et dont les principales fonctions sont déterminées par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (1971-Ch. 48).

La mission principale du CRSSS-08 est d'améliorer l'état de santé de la population de la région et l'état de son milieu social, particulièrement par la planification, la coordination et l'évaluation des services de santé et des services sociaux, à l'échelle régionale.

Fonctions générales

Entre autres fonctions, le CRSSS-08 doit:

susciter la participation de la population de son territoire;
faire le lien entre la population, le ministère des Affaires sociales et les établissements;
recevoir et analyser les plaintes des usagers et faire les recommandations nécessaires;
réglementer et surveiller les élections des membres des conseils d'administration;
administrer les services en commun pour les établissements;
conseiller et assister les établissements;
assurer une répartition adéquate des ressources disponibles.

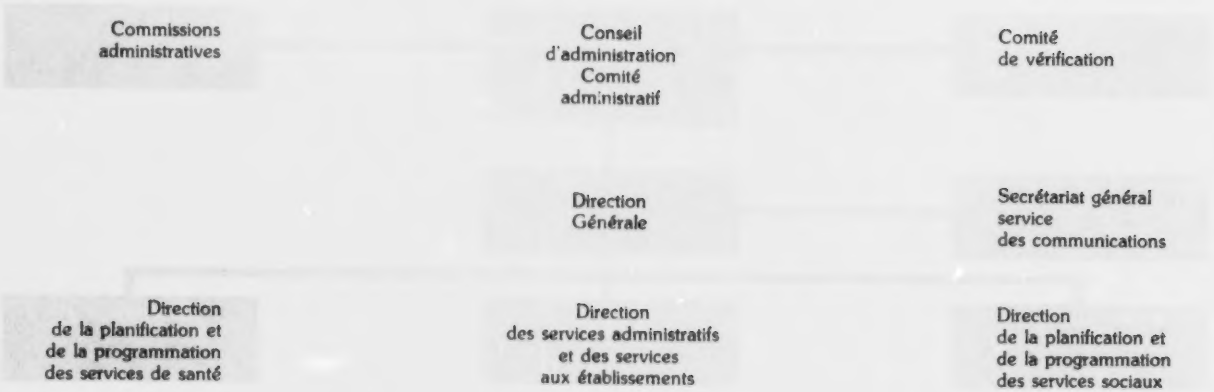
Fonctions spécifiques

Depuis quelques années, le ministère des Affaires sociales a confié aux CRSSS des fonctions spécifiques très élargies au niveau de la planification, de la programmation, du financement et du contrôle de certains programmes:

- projets d'immeubles de moins de 1$ million et d'achats d'équipement des centres hospitaliers;
- projets de développement et de maintien d'immeubles d'un coût de moins de 250 000$, réalisés par les établissements de services sociaux;
- achats d'équipement pour les établissements de santé et de services sociaux;
- gestion et location d'espaces pour les établissements de santé et de services sociaux;

- services de santé mentale;
- réadaptation;
- services à domicile;
- transport des malades et des blessés;
- développement des ressources humaines.

Plan d'organisation du CRSSS-08



Le Conseil d'administration qui était formé de 22 personnes élues ou nommées pour deux ans, sera désormais formé de 15 personnes, élues ou nommées pour trois ans.
Les commissions administratives du CRSSS-08 sont au nombre de quatre:

- Commission administrative régionale des immobilisations et des équipements (CARIE)
- Commission administrative régionale des services en commun (CARSEC)
- Commission administrative régionale des services de première ligne (CAR SPL)
- Commission administrative régionale des services en santé mentale (CARSSM)

Le conseil d'administration du CRSSS-08 (1981-1982)

Elus:
Par les maires:
M. Paul Dessureault
Mme Nicole Rivest
M. J.O.R. Rochon
M. Jacques Préville (démission en avril 1981)
Mme Thérèse Grenier-Gagnon (à compter de mai 1981)

Nommés:
Par le ministre:
Mme Henriette Laurendeau
Mme Denyse Plante (démission en septembre 1981)
M. Roger Roy (septembre 1981 à février 1982)
Par les centres hospitaliers:
M. Claude Vezeau
M. Guy Dansereau
Mme Roselyne Perron (démission le 8 février 1982)

Par les centres d'accueil:
Mme Fabiola Pelletier
M. Paul-Emile Trudel
M. Gilles Cloutier (démission en décembre 1981)
M. Gérard Landry (à compter de janvier 1982)
Par les centres locaux de services communautaires:
M. Paul Mailhot
M. Pierre Larouche
M. Gilles Robitaille
Par le Centre de services sociaux:
M. Rodolphe Corriveau
M. Robert Lauriault
M. Renato Zaniolo
Par l'Université:
M. Jean-Pierre Bégin
M. Robert Simard

Par le CEGEP:
M. Robert Arcand

Le directeur général:
M. Raynald Bergeron

Comité administratif:
Président: M. Renato Zaniolo
Secrétaire: M. Raynald Bergeron
Autres membres: M. Pierre Larouche
M. Paul Mailhot
M. Claude Vezeau

Membres dont le mandat s'est terminé en novembre 1981:
M. Paul-Eugène Benoit (CLSC)
M. Yves Lachapelle (CLSC)
M. Gilles Lafontaine (CSS)
M. François Leduc (CSS)

Le Conseil d'administration a tenu 9 réunions, avec une moyenne de 14.5/22 présences.

2

PROBLÉMATIQUE GLOBALE DES SERVICES DE SANTÉ DANS LA RÉGION DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Santé mentale

Etat de la situation
Activités
Objectifs

Soins prolongés

Etat de la situation
Activités
Objectifs

Service du transport par ambulance

Etat de la situation
Activités
Objectifs

Transport et transfert des malades

Etat de la situation
Activités
Objectifs

Réseau régional de communication pour le service de transport par ambulance

Etat de la situation
Activités
Objectifs

Les effectifs médicaux

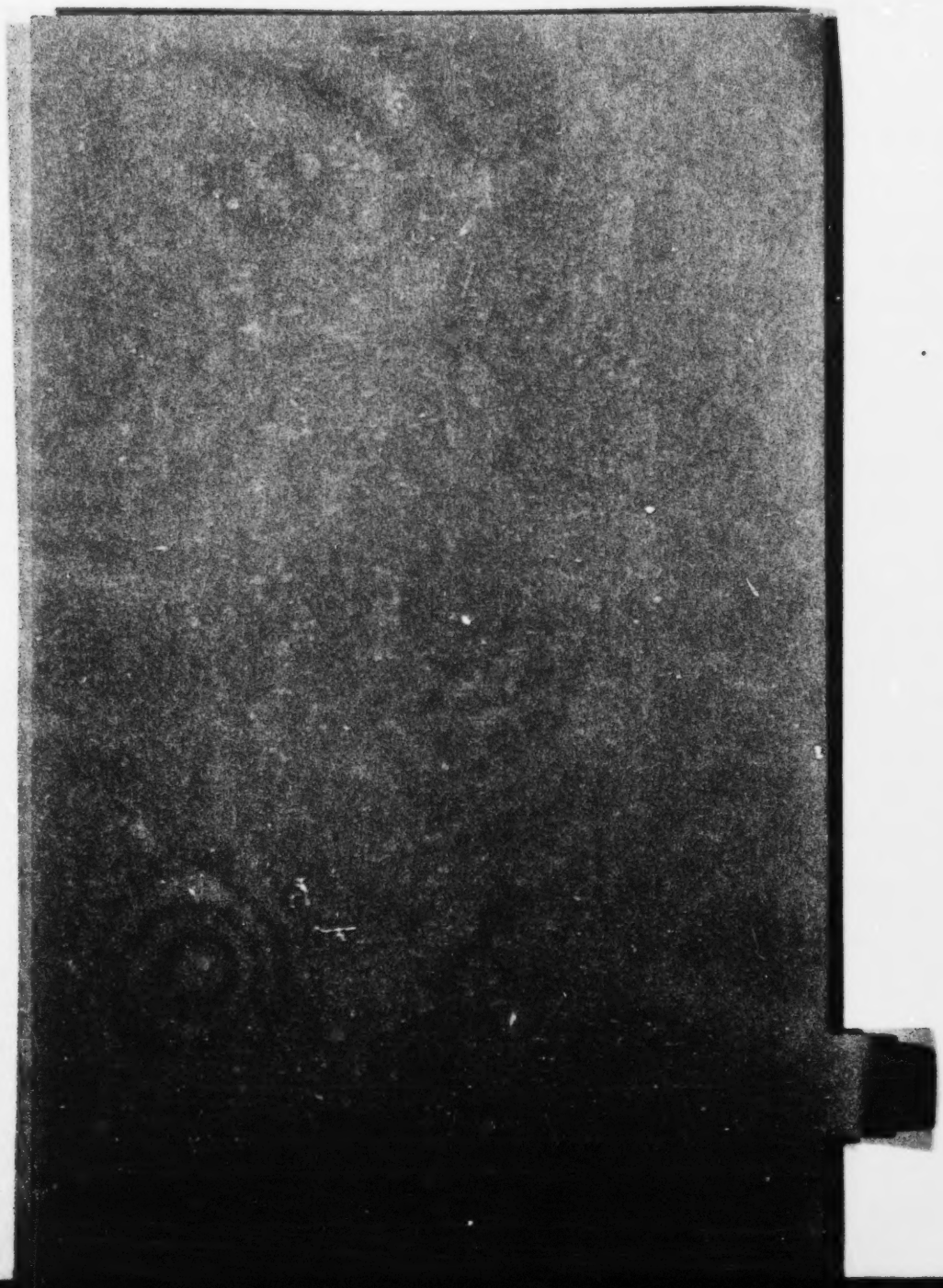
Etat de la situation
Activités au niveau provincial
Activités au niveau régional
Objectifs

Laboratoires médicaux

Etat de la situation
Activités
Objectifs

Services d'urgence

Service d'hémodyalise



PROBLÉMATIQUE GLOBALE DES SERVICES DE SANTÉ DANS LA RÉGION DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Les services de santé sont déjà assez bien implantés en Abitibi-Témiscamingue puisque le réseau des établissements de santé comprend sept (7) centres hospitaliers, trois (3) centres de santé et deux (2) CLSC qui couvrent bien l'ensemble du territoire:

Secteur	Etablissement	Nombre de lits
Amos-Matagami	CH Hôtel-Dieu	110 c.d. (courte durée) 16 m.m. (malades mentaux) 19 s.p. (soins prolongés)
	CS Isle-Dieu	15 c.d.
La Sarre	CH St-François d'Assise	73 c.d.
	CH St-Jean	205 s.p.
Rouyn-Noranda	CH Rouyn-Noranda	135 c.d. 22 m.m. 72 s.p.
Val d'Or	CH Malartic	49 m.m.
	CH St-Sauveur	115 c.d. 58 s.p.
	CLSC de Senneterre	lits d'observation (5)
	CS Lebel	14 c.d.
Ville-Marie	CS Ste-Famille	61 c.d. 26 s.p.
	CLSC de Témiscaming	5 c.d. plus 5 lits d'observation
Baie James	CH La Grande Rivière	41 c.d.

L'Abitibi-Témiscamingue est relativement bien pourvue en lits hospitaliers. La population dispose de 569 lits pour les soins de courte durée aux malades physiques (3.7 lits/100 h), de 87 lits pour les soins aux malades mentaux (0.6 lit/1000 h) et de 380 lits pour soins prolongés (1.9 lit/1000 h).

Cependant, on note des lacunes importantes dans les services de première ligne: les quatre (4) secteurs les plus populeux de la région n'offrent pas toute la gamme de services communautaires auxquels la population est en droit de recevoir, et le manque d'effectifs médicaux se traduit par une organisation déficiente dans la plupart des spécialités, même courantes.

Ces deux contraintes majeures rendent difficile la mise en place d'un réseau intégré de services de santé dans la région. En conséquence, la population de l'Abitibi-Témiscamingue n'aura pas accès à des services de santé globaux et continus tant que le réseau régional ne sera pas consolidé, à la fois au niveau des ressources légères (services de première ligne) et des ressources plus lourdes (services hospitaliers spécialisés).

Le rattrapage que nous devons effectuer à ces deux niveaux implique certains investissements en immobilisations, en personnel et en équipement. Ces investissements seraient toutefois minimes en comparaison de ceux qui ont déjà été consentis dans la région et seraient compensés, en partie, par la réduction des coûts générés par les transferts, encore trop nombreux, de notre clientèle (27% environ) vers les grands centres.

En bref, il s'avère possible de créer un réseau intégré de services de santé pour l'Abitibi-Témiscamingue, puisque le coeur de ce réseau est déjà en place. Comme il s'agit là de l'objectif principal du CRSSS-08 pour les services de santé, on doit comprendre que ses efforts portent principalement sur les services de première ligne et sur les services hospitaliers spécialisés durant les prochaines années.

Santé mentale

Etat de la situation

Les études menées au cours de 1981-1982 révèlent que la performance de l'organisation clinique et administrative de services de santé mentale et des services psychiatriques reste dépendante de facteurs liés au budget et au recrutement d'effectifs médicaux et para-médicaux:

- Le per capita qui est de 40,00$ au Québec est encore de 20,00$ dans l'Abitibi-Témiscamingue;
- Seulement trois psychiatres travaillent en permanence dans la région, alors qu'il en faudrait douze;
- Certains malades continuent de séjourner dans les centres hospitaliers et reçoivent des soins psychiatriques en interne parce qu'on manque de ressources légères dans leur milieu;
- Les équipes de base pour la pédopsychiatrie ne sont pas encore en place.

Cette situation rend difficile le travail de planification, de programmation et de coordination que le CRSSS-08 assume par l'entremise de ses permanents et de sa commission administrative régionale en santé mentale. Nous continuons de croire que la responsabilité administrative du budget régional de psychiatrie devrait être confiée au CRSSS-08 et nous réitérons cette demande au MAS.

Activités

L'évaluation des services de santé mentale et de psychiatrie, a été réalisée en fin d'année par le biais d'une tournée régionale au cours de laquelle nous avons rencontré les intervenants administratifs et cliniques de chaque établissement qui offre des services en psychiatrie et en santé mentale.

Le CRSSS-08 a pu ainsi cerner de près la situation particulière à chaque établissement, et tracer le profil régional des services.

Il est trop tôt pour dégager les orientations que le CRSSS-08 se donnera suite à cette évaluation, mais nous percevons déjà des questions de fond auxquelles nous devrons répondre: rôle et fonctions de la commission administrative régionale des services en santé mentale; décentralisation / centralisation des services.

La pédopsychiatrie, la prévention du suicide, le développement de services aux adultes handicapés dont l'incidence psychiatrique est la majeure, sont autant de dossiers qui ont fait l'objet de démarches et d'études dans la poursuite des objectifs que nous nous étions fixés, en 1980-1981.

Objectifs

- poursuivre l'évaluation des services en santé mentale et en psychiatrie en apportant les modifications qui s'imposeront suite aux recommandations du rapport de la tournée régionale des établissements;
- activer notre rôle dans le suivi des intervenants et des services de psychiatrie et de santé mentale;
- s'assurer de l'élaboration, de l'implantation et de la coordination du programme régional de prévention du suicide;
- favoriser l'implantation du plan régional de développement des services aux malades psychiatriques chroniques et aux adultes handicapés mentaux dont l'incidence psychiatrique est la majeure;
- assurer la programmation du développement des services en pédopsychiatrie et voir à l'implantation et à la coordination de ces services;
- poursuivre les démarches auprès du ministère des Affaires sociales en vue d'obtenir la responsabilité administrative du budget régional de psychiatrie.

Liste des membres de la CARSSM

Nom	Représentativité
M. Jean-Claude BEAUCHEMIN	Centres d'accueil de réadaptation
Mme Mariette BRASSARD	Administrateurs - CH
M. Michel CLOUTIER	Pédopsychiatres
Mme Diane DANIS	Administrateurs - CH
Mme Christine GERMAIN	Administrateurs - CLSC
Mme Lise GERVAIS	Cliniciens - CH
M. Hugues GRENIER, Président	Conseil d'administration du CRSSS-08
M. Pierre LAJOIE, secrétaire	Permanent au CRSSS-08
M. Bernard LAPOINTE	CLSC
M. Michel LARIVIÈRE	DSC
Mme Francine PIETTE	Cliniciens - CH
Mme Micheline ST-ONGE	Conseil d'administration du CRSSS-08
M. Raymond TEMPIER	Psychiatres
Mme Gaytanne TRUDEL	Cliniciens - CH
M. Renato ZANIOLO	CSS

Soins prolongés

Etat de la situation

L'organisation des soins de longue durée dans les centres hospitaliers de la région, réussit à se maintenir en équilibre parce qu'un accent fort est mis sur la complémentarité, la substitution et la continuité.
Cependant, plusieurs problèmes majeurs restent à résoudre, entre autre, celui des comités d'admission plus ou moins utilisés (les admissions se font à l'urgence) et celui des longues listes d'attente pour admission élective.
Le manque de ressources d'hébergement pour personnes âgées cause un préjudice sérieux aux centres hospitaliers de courte durée avec unité de soins prolongés qui dépassent continuellement leur nombre de places au permis (65 lits en médecine, chirurgie et soins prolongés sont occupés par des bénéficiaires nécessitant d'autres types d'hébergement).

Activités
Une étude sur les bénéficiaires hospitalisés dans les unités de soins prolongés nous a permis d'avoir une vue globale de l'utilisation des ressources, et des services à améliorer et à développer.
Nous avons proposé un réaménagement dans l'utilisation des lits pour le Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos, ainsi que pour le Centre hospitalier Saint-Jean de Macamic.
Alors que l'unité en pneumologie du Centre hospitalier Saint-Jean de Macamic possédait 32 lits et était occupée à environ 33%, il a été recommandé d'utiliser cette unité pour les malades à long terme et le Centre hospitalier Saint-François d'Assise de La Sarre et le Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos qui avaient environ 32 patients de long terme occupant des lits de courte durée, ont pu alors en bénéficier.
Nous avons également fait des démarches auprès du MAS afin d'ajouter 32 lits d'hébergement pour personnes âgées au Centre hospitalier Saint-Jean de Macamic pour le secteur de La Sarre. Dans ce secteur, il manque environ 30 places d'hébergement, en plus de ne pas avoir de ressources en Centre de jour et autres ressources alternatives d'hébergement.

Objectifs
La mise sur pied de comités uniques d'admission et le développement de 32 places en hébergement au Centre hospitalier de Macamic apparaissent en tête de liste des priorités de l'année qui vient.
Par ailleurs, la coordination entre les soins prolongés donnés dans les Centres hospitaliers et les ressources alternatives à l'hospitalisation reste un objectif prioritaire si la région veut offrir aux malades chroniques et aux personnes âgées, les soins de santé prolongés auxquels ils ont droit.

Service du transport par ambulance

Etat de la situation

Le CRSSS-08 s'est toujours préoccupé du transport par ambulance dans la région, mais si l'on considère les représentations que nous recevons des établissements, des citoyens et des propriétaires d'ambulance, nous constatons qu'il y a encore de la place pour de l'amélioration et du développement dans le réseau régional du transport par ambulance.

En effet, l'étendue du territoire et les distances à parcourir pour rejoindre un établissement de santé, font que les normes du MAS pénalisent l'organisation de notre réseau régional d'ambulance et par voie de conséquence, la population ne peut évidemment recevoir les services aussi rapidement qu'en milieu urbain.

Activités

Nous avons obtenu du MAS que la zone de Matagami soit modifiée, afin que le véhicule disponible la fin de semaine, soit utilisé en permanence sur le territoire de Joutel.

Les avis et commentaires ont été fournis au MAS concernant l'utilisation de son avion-ambulance, et concernant sa politique du transport des malades.

La coordination des cours de formation à plus de 250 préposés d'ambulance et la mise sur pied des cours de conduite préventive sont des réalisations qui nous ont amené à mesurer la nécessité d'un recyclage pour les gens déjà formés, et par le fait même, l'importance d'une formation continue.

Des cours de conduite préventive ont été organisés par le CRSSS-08.

Objectifs

En 1982-1983, nous reviserons l'organisation du service ambulancier dans le Parc de La Vérendrye: nous croyons qu'il y a place pour un meilleur service à des coûts moindres.

Le taux de rotation des conducteurs de véhicules automobiles ambulanciers nous oblige à prévoir une formation vraiment trop onéreuse: une étude des causes de rotation nous apparaît indispensable.

Le contrôle, la planification et la programmation des services de transport ambulancier seront améliorés par

l'application du formulaire AS-810, et nous souhaitons que notre région soit désignée région-pilote pour l'implantation de ce formulaire corrigé et amélioré.
L'organisation et le fonctionnement du transport d'ambulance sur le territoire de la Baie James feront l'objet d'étude en cours d'année.

Transport et transfert des malades

Etat de la situation
L'Abitibi-Témiscamingue manque de ressources médicales et est obligée de déplacer ses malades vers d'autres régions, particulièrement en ce qui concerne les soins spécialisés.
La population et les établissements de la région sont ainsi pénalisés puisque des sommes importantes d'argent doivent être déboursées à cet effet.
Activités
Le CRSSS-08 a évalué les coûts reliés au transport et au transfert des malades vers les grands centres de l'extérieur, et tente d'obtenir du MAS des ressources financières pour les défrayer.
Des avis ont par ailleurs été adressés au MAS, pour la revision de la politique de transport et de transfert des malades et nous demandons le budget pour administrer et coordonner le transfert des malades inter-établissements dans la région et inter-régions.
Objectifs
Etudier la politique de transport et transfert des malades, en regard des besoins de notre région, et proposer au MAS les amendements nécessaires afin que la population de l'Abitibi-Témiscamingue ait un meilleur accès aux services de santé.
Mettre en place une politique de coordination pour le transport des malades à l'extérieur de la région.

Réseau régional de communication pour le service de transport par ambulance

Etat de la situation

Le réseau régional de communication pour le service de transport d'ambulance que le CRSSS-08 a proposé en 1980-1981 est en implantation actuellement. En effet, la grandeur du territoire de l'Abitibi-Témiscamingue nous a amené à doter chaque zone d'ambulance d'un équipement de radio-communication reliant instantanément et simultanément si nécessaire, les ambulances et les établissements.

La phase d'implantation qui sera terminée dans les semaines qui viennent, révèle déjà une hausse remarquable d'efficacité dans les soins à prodiguer en cas d'urgence.

Activités

L'implantation du réseau régional de communication pour le service de transport par ambulance a exigé plusieurs démarches de consultation et de négociation avec d'autres ministères, les établissements et les propriétaires d'ambulances. Maintenant que le plan final est accepté, nous procèderons à l'achat et à l'installation des équipements de radio.

Objectifs

Compléter la planification en regard du fonctionnement conjoint du CRSSS-08, du Ministère des Transports du Québec et du Ministère des Communications du Québec.

Etablir un code d'éthique dans l'utilisation du réseau.

Les effectifs médicaux

Etat de la situation

La pénurie des professionnels de la santé en Abitibi-Témiscamingue constitue un sérieux problème de santé publique et la principale entrave à la planification, la programmation et l'implantation d'un réseau de services de santé adéquats, continus et accessibles.

Depuis la réforme des Affaires sociales, les médecins, les établissements et le CRSSS-08 ont consacré beaucoup d'énergie pour augmenter les effectifs médicaux, sans pour autant parvenir à briser le cercle vicieux de la sous-médicalisation. Malgré la forte progression des effectifs médicaux au Québec, leur concentration a été de plus en plus importante dans les régions centrales, et contrairement à toutes les attentes, la situation de notre région tend à se détériorer.

Il ne fait plus de doute que notre région est nettement défavorisée par rapport aux autres régions du Québec. Cette situation de pénurie se traduit, pour la population, par une disponibilité et une accessibilité réduites des services médicaux et, pour les médecins, par une pratique beaucoup plus exigeante que dans les régions centrales. Le fardeau de travail que doivent assumer ces médecins, de même que les contraintes liées à l'éloignement et à l'isolement scientifique se traduisent par un fort taux de roulement des médecins dans la région et, en corollaire, par la quasi impossibilité de constituer des équipes médicales suffisamment importantes et diversifiées pour assurer une permanence de services.

Les multiples crises qui ont secoué le réseau régional des services de santé depuis 1980, tels la crise de l'anesthésie à Rouyn-Noranda, le retrait quasi total des omnipraticiens des centres hospitaliers de Rouyn-Noranda et de Val d'Or et l'absence totale des médecins durant des périodes prolongées à Lebel-sur-Quévillon et à Matagami, illustrent bien la situation précaire des services de santé dans notre région.

Ces difficultés énormes de recrutement et de rétention devront être aplanies si on veut assurer à la population de l'Abitibi-Témiscamingue les services de santé qu'elle est en droit de recevoir.

Dans la mesure où la pénurie d'effectifs déborde la réalité de chaque établissement pour constituer un problème

régional, le CRSSS-08 entreprenait, dès 1979, une vaste démarche qui visait d'abord à faire le point sur la problématique des effectifs médicaux et à sensibiliser les différentes instances concernées sur l'ampleur de la pénurie dans la région, mais surtout à coordonner les efforts régionaux de planification, de recrutement, d'accueil et de rétention des effectifs médicaux.

Comme les solutions à ce problème reposent autant sur des actions provinciales que sur des actions régionales, nous avons intensifié nos interventions à ces deux niveaux.

Activités au niveau provincial

Nous avons soumis, conjointement avec les régions 01 et 09, une série de recommandations en vue de l'élaboration d'une politique globale de répartition des professionnels de la santé au Québec, qui reposerait autant sur des moyens centralisés (lois et ententes) que sur des moyens décentralisés.

Au niveau des ententes, ces moyens consistaient à permettre la coexistence de différents modes de rémunération dans un établissement, à rehausser les tarifs en établissement pour les malades admis, à réduire le différentiel entre les tarifs en établissement et les tarifs en cabinet, et, finalement, à réajuster la rémunération des professionnels de la santé qui oeuvrent dans les régions périphériques en fonction du fardeau de travail qu'ils doivent assumer. Ces moyens "incitatifs" pouvaient, dans notre esprit, être financés par des mesures "désincitatives" dans les régions en surplus.

Au niveau des moyens décentralisés, nous proposions l'octroi aux régions de budgets de recrutement et de formation en région et hors-région, des moyens de dépannage et, finalement, des budgets additionnels pour les établissements des régions périphériques, qui leur permettraient d'accueillir de nouveaux médecins, particulièrement en spécialité.

Activités au niveau régional

Si la nécessité d'une politique globale de répartition des médecins au Québec est de plus en plus impérieuse, il n'en demeure pas moins que c'est au niveau régional que doivent être déterminés les besoins en effectifs médicaux, compte tenu des caractéristiques de la population et du réseau socio-sanitaire.

Nous avons donc produit, avec la collaboration soutenue de tout le réseau des Affaires sociales, un plan d'effectifs

médicaux dans lequel nous précisons les besoins locaux et régionaux en effectifs médicaux, compte tenu d'un objectif d'autosuffisance totale, à l'exception des services ultra spécialisés.
D'autre part, on assiste depuis le printemps dernier, à une prise de conscience et à une prise en charge par la population de ses problèmes. Devant la situation précaire qui est la nôtre et dans le contexte des négociations en cours entre le ministère des Affaires sociales et les fédérations médicales et de l'adoption de la loi 27, des représentants du CRSSS-08, des établissements et de nombreux intervenants des groupes socio-économiques se sont engagés dans une vaste campagne de recrutement et d'accueil de nouveaux médecins.
La population de l'Abitibi-Témiscamingue est disposée à tout mettre en oeuvre pour bien accueillir les médecins qui viendront la servir et espère que la mise en vigueur de la loi 27 et les ententes entre le MAS et les fédérations viendront corriger les iniquités dans la répartition des effectifs médicaux et sortir la région de son état de sous-développement chronique.

Objectifs

Un degré durable d'autosuffisance régionale des effectifs médicaux nous apparaît l'objectif primordial du recrutement et de la rétention des médecins en Abitibi-Témiscamingue.
Nous continuerons à participer au comité de recrutement, à fournir des avis et à favoriser l'application des politiques qui sont de notre ressort, pour que le plan d'action mis de l'avant au cours de cette année, aboutisse à une réalité non seulement viable mais adéquate pour une accessibilité aux services de santé et un développement comparable à ceux des autres régions du Québec.

Laboratoires médicaux

Etat de la situation
La régionalisation des laboratoires médicaux en Abitibi-Témiscamingue a favorisé l'utilisation rationnelle des ressources, l'amélioration et le développement de services et une certaine autosuffisance régionale.
Par ailleurs, des analyses spécialisées doivent encore se faire hors région, ce qui entraîne plusieurs difficultés de transport des échantillons, et des délais trop longs dans la communication des résultats. Les services de laboratoire sont en quelques cas sur-utilisés par certains professionnels de la santé et les examens de dépistage en première ligne deviendront une surcharge financière pour les établissements.
Activités
Liste des examens et analyses possibles en région et identification des centres hospitaliers habilités à les faire;
Révision de la tarification;
Etudes des possibilités d'utiliser les imprimantes reliant les établissements par des lignes téléphoniques, des mises en commun de messagerie; du profil de pratique des professionnels de trois centres hospitaliers et de l'impact que les cliniques d'obésité produisent sur le volume et les coûts des services de laboratoire.
Objectifs
Poursuivre et compléter les réalisations en favorisant l'autosuffisance régionale par la formule de services en commun et l'utilisation optimale des ressources.

Services d'urgence

Le bureau de la protection civile du Québec, a été chargé d'élaborer une politique de prévention et de mettre sur pied un réseau régional de mesures d'urgence, en cas de sinistre.
Le CRSSS-08, étant une des parties impliquées, a collaboré à ce plan régional, particulièrement en coordonnant l'apport des ressources humaines et financières du réseau des Affaires sociales.

Le plan sera en action dès que l'information sera transmise aux établissements et que les équipements nécessaires seront en place.

Service d'hémodyalise

Un service d'hémodyalise à domicile s'est avéré nécessaire à un bénéficiaire des services de santé et le CRSSS-08 a dû acheter l'équipement à la demande d'un Centre hospitalier universitaire de Montréal.
Le CSRRR-08 a recommandé que la responsabilité de ce traitement spécialisé en externe, soit confié à un Centre hospitalier universitaire.

3

PROBLÉMATIQUE GLOBALE DES SERVICES SOCIAUX DANS LA RÉGION DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Données factuelles

Description sommaire du réseau d'établissements

Les centres d'accueil d'hébergement
Les centres d'accueil de réadaptation
Le centre de services sociaux du Nord-Ouest québécois (CSSNOQ)
Les centres locaux de services communautaires (CLSC) ou centres de santé (CS)
Les centres hospitaliers

Les services communautaires (05)

Etat de la situation
Activités
Objectifs

Les services de protection et de consultation sociale (07)

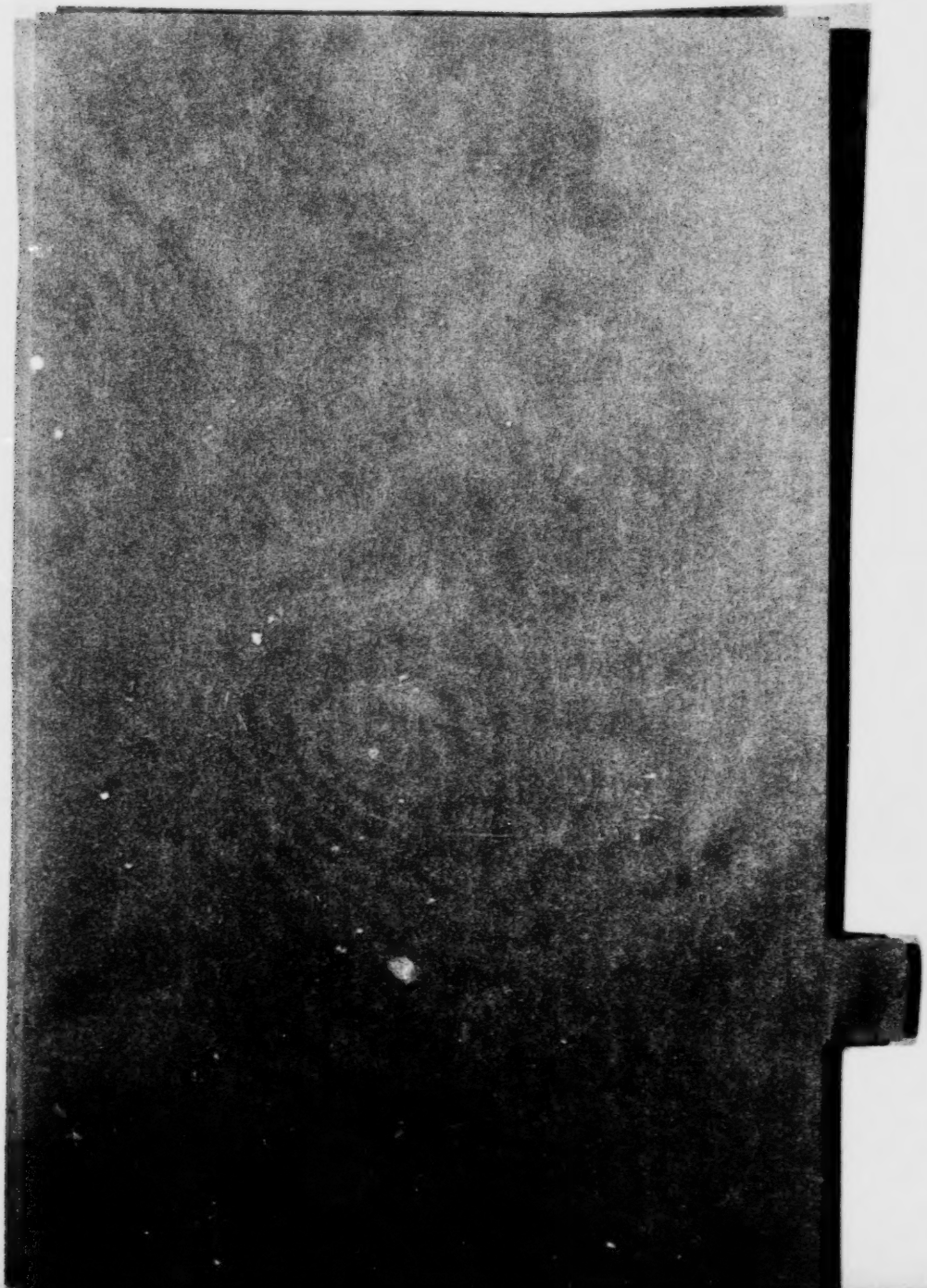
Etat de la situation
Activités
Objectifs

Les services de réadaptation (08)

État de la situation
Activités
Objectifs

Les services d'hébergement pour personnes âgées (09)

Etat de la situation
Activités
Objectifs



PROBLÉMATIQUE GLOBALE DES SERVICES SOCIAUX DANS LA RÉGION DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Données factuelles

Les divers programmes de services sociaux sont dispensés à la population à travers tout le réseau des établissements: les centres d'accueil, le Centre de services sociaux, les centres locaux de services communautaires, incluant les centres de santé[1], ainsi que les centres hospitaliers.
La région compte dix-sept (17) établissements dont la vocation première est de dispenser des services sociaux: sept (7) centres d'accueil d'hébergement (CAH), quatre (4) centres d'accueil de réadaptation (CAR), un (1) centre de services sociaux (CSS) et cinq (5) centres locaux de services communautaires (CLSC) ou centres de santé (CS). A ce nombre, il faut ajouter quatre (4) centres hospitaliers qui dispensent des services de première ligne par suppléance, en l'absence de CLSC: Amos, Val d'Or, Rouyn-Noranda et La Sarre, pour la santé communautaire, les soins à domicile, etc... Donc, vingt-et-un (21) établissements sont impliqués dans la dispensation des programmes dits de services sociaux.
Voici comment ces établissements se répartissent sur le territoire de la région 08:

Description sommaire du réseau d'établissements

Il y a deux (2) classes principales de centres d'accueil: les centres d'accueil d'hébergement (CAH) et les centres d'accueil de réadaptation (CAR).

(1) Les centres de santé ne sont pas une catégorie d'établissements au sens de la Loi: selon leur incorporation, ce sont des CLSC. La vocation qui s'ajoute généralement à celle des CLSC, est la vocation hospitalière (composante CH). C'est le cas en Abitibi-Témiscamingue, à Ville-Marie, à Matagami et à Lebel-sur-Quévillon.

Les centres d'accueil d'hébergement

Les centres d'accueil d'hébergement au nombre de sept (7), reçoivent des personnes âgées en forte perte d'autonomie (en majorité A^3 et A^4).

Foyer de l'Age d'Or La Sarre	39 places
Foyer Mgr Halde Palmarolle	32 places
Foyer Harricana* Amos	91 places
Centre d'accueil Duhamel Ville-Marie	60 places
Foyer de Val d'Or* Val d'Or	98 places
Maison Pie XII* Rouyn	105 places (81 places à Pie XII 24 places à St-Raphaël)
Villa St-Martin Malartic	51 places
TOTAL:	476 places en CAH

* Ces trois établissements offrent également des services en Centre de Jour (CDJ) pour personnes âgées.

La région compte également trois (3) pavillons pour personnes âgées en faible perte d'autonomie. Ces pavillons sont rattachés à un CAH:

Pavillon Latourelle, à Temiscaming (CA Duhamel, Ville-Marie)	14 places
Pavillon Fortier à Lacorne (Foyer Harricana, Amos)	14 places
Pavillon Ilot d'Or à Senneterre (Foyer Harricana, Amos)	14 places
TOTAL:	42 places en pavillon

Les centres d'accueil de réadaptation

Les centres d'accueil de réadaptation sont au nombre de quatre (4) dont trois (3) sont à vocation unique et l'autre, à vocation multiple: (les quatre sont à vocation régionale)

Clair-Foyer Amos	Vocation unique: handicapés mentaux (enfants et adultes)
Centre d'Orientation l'Etape Val d'Or	Vocation unique: mésadaptés socio-affectifs
Centre d'accueil Normand Amos	Vocation unique: alcooliques et autres toxicomanes
Maison Rouyn-Noranda Rouyn	Vocation multiple: - handicapés physiques (enfants et adultes) - mésadaptés socio-affectifs - autistiques (enfants)

Le Centre de services sociaux du Nord-Ouest québécois (CSSNOQ)

Un seul établissement dessert toute la région. L'administration centrale est localisée à Amos, mais les services sont dispensés à la population par l'intermédiaire de sept (7) bureaux locaux répartis sur l'ensemble du territoire:

Amos (local), avec sous-bureau à Matagami
La Sarre
Radisson
Rouyn-Noranda
Senneterre, avec sous-bureau à Quévillon
Val d'Or
Ville-Marie, avec sous-bureau à Temiscaming

"Un Centre de services sociaux est une installation où on fournit des services d'action sociale en recevant ou en visitant les personnes qui requièrent pour elles ou leurs familles des services sociaux spécialisés et en offrant aux personnes qui font face à des difficultés d'ordre social l'aide requise pour les secourir, notamment en mettant à leur disposition des services de prévention, de consultation, de traitement psycho-social ou de réadaptation, d'adoption, de placement d'enfants ou de personnes âgées, à l'exclusion toutefois d'un cabinet privé de professionnel".

Les centres locaux de services communautaires (CLSC) ou centres de santé (CS)

La région est divisée en dix (10) districts de CLSC, si on inclut la Baie James. Au 31 mars 1982, cinq (5) districts sont pourvus de CLSC ou CS:

- CLSC de Temiscaming
  Temiscaming
- Centre de santé Ste-Famille
  Ville-Marie
- Centre de santé Isle-Dieu
  Matagami
- Centre de santé Lebel
  Lebel-sur-Quevillon
- CLSC de Senneterre
  Senneterre

Les zones non pourvues de CLSC sont celles de La Sarre, d'Amos, de Val d'Or, de Rouyn-Noranda et de la Baie James.

Les centres hospitaliers

L'Abitibi-Témiscamingue compte sept (7) centres hospitaliers, dont quatre (4) ont dispensé, par suppléance, des programmes de première ligne de type CLSC en 1981-1982:

- CH Hôtel-Dieu
  Amos
- CH Rouyn-Noranda
  Noranda
- CH St-François d'Assise
  La Sarre
- CH St-Sauveur
  Val d'Or

Le lecteur l'aura noté: des établissements dits de "services sociaux" dispensent également des services de santé (ex: les CLSC, les CS), tandis que des établissements dits de "santé" dispensent des services sociaux de première ligne (ex: soins à domicile et santé communautaire dans les CH). Il devient de plus en plus inexact et artificiel de parler de services de santé d'une part, et de services sociaux d'autre part, en les rattachant à des catégories d'établissements. Le CRSSS-08 songe sérieusement d'ailleurs, à unifier les deux directions (santé et social), au cours de 1982-1983.

Tel que mentionné dans la section santé, les services communautaires restent à développer ou à consolider dans les quatre (4) zones les plus populeuses de la région, soit celles d'Amos, de Val d'Or, de Rouyn-Noranda et de La Sarre. Avec ou sans de nouvelles structures (CLSC), il faut songer à développer un réseau complet de services de première ligne dans ces secteurs.

Le domaine des services aux personnes âgées demeure une préoccupation constante pour le Conseil Régional. Il faut accroître les lits d'hébergement, et il faut développer aussi des ressources plus légères comme les pavillons.

Les personnes vivant avec un handicap physique bénéficient d'une gamme de services dans toute la région, mais ces services doivent être consolidés et améliorés. Ceci demeure l'un des objectifs primordial du CRSSS-08. Nous avons travaillé l'an dernier à rapatrier dans la région, une partie des sommes servant pour des services aux mésadaptés socio-affectifs des autres régions, pour les consacrer au développement de services aux handicapés physiques. Les premiers résultats concrets se feront sentir en 1982-1983.

Enfin, il faut travailler à rééquilibrer les ressources professionnelles du CSSNOQ, affectées à certains programmes, qui ont été durement touchés en 1981-1982 par les compressions budgétaires. Nous songeons ici principalement aux services en milieu scolaire et hospitalier, aux services d'adoption, aux services aux handicapés.

Les services communautaires (05)

Etat de la situation

Ce programme regroupe les éléments suivants: les services de première ligne, les services à domicile et le soutien aux organismes bénévoles.

En avril 1981, le MAS rendait public sa politique officielle touchant le réseau des CLS C. Cette politique stipule que notre région sera pourvue de cinq (5) nouveaux CLSC, à La Sarre, à Rouyn, à Amos, à Val d'Or et à la Baie James, mais qu'ils seront implantés selon les disponibilités financières du gouvernement et selon les priorités provinciales et régionales. Aucun développement n'a eu lieu dans ce sens dans notre région en 1981-1982, malgré que sept (7) ou huit (8) nouveaux CLSC aient été implantés ailleurs en province.

De plus, les cinq (5) établissements existants ont subi des compressions budgétaires importantes l'an dernier. Cela a permis aux établissements de rationaliser leurs opérations, mais il n'y a pas eu de développement de nouveaux services, ni de consolidation des services existants.

Les services à domicile ont été épargnés par les contraintes financières. Les budgets 1980-1981 ont été reconduits et indexés de 9% environ. Toutefois, la région n'a pas bénéficié de budgets de développement dans ce domaine.

Les organismes bénévoles qui s'occupent de maintien à domicile, ont vu leurs subventions augmenter de près de 20 000,00$, pour atteindre 79 000,00$ pour l'année 1981-1982. Par ailleurs, chaque CRSSS devait se voir doter d'un budget pour un poste de coordonnateur des organismes bénévoles, mais le MAS a fait marche arrière dans ce dossier, en raison du contexte économique et budgétaire de la province.

Activités

Etude des plans de redressement financiers des CLSC et des CS et recommandations au MAS.

Evaluation de trois (3) établissements (CS de Matagami, CS Lebel et CLSC de Senneterre) au plan de la gestion et de la programmation, conjointement avec une équipe du Ministère, qui ont eu comme résultat d'annuler les compressions budgétaires prévues pour l'année courante dans les trois (3) établissements et d'ajuster la base budgétaire du CS Lebel.

Amélioration des critères d'admission des bénéficiaires des services à domicile (aide et soins).
Concertation et coordination accrues entre les intervenants qui dispensent des services de première ligne.
Répartition des subventions accordées aux organismes bénévoles en maintien à domicile et suivi de leurs activités.
Transfert des budgets d'opération en santé communautaire du DSC aux CH de Val d'Or et d'Amos.
Activités de la CARSPL:
La Commission administrative régionale des services de première ligne a tenu cinq (5) réunions régulières et un (1) comité plénier entre le 1er avril 1981 et le 31 mars 1982.

Membres de la CARSPL

Nom	Représentativité
M. Pierre-Yves BOUCHER	Permanent du CRSSS-08
Secrétaire	
M. Jacques CHARRON	CLSC de Senneterre
M. Daniel FORTIN	Centres d'accueil
M. Jean GOYETTE	CS Isle-Dieu de Matagami
M. Réginald GRENIER	Centres hospitaliers
Mme Thérèse GRENIER-GAGNON	Conseil d'administration du CRSSS-08
Présidente	
M. Michel LARIVIÈRE	DSC
M. Jacques PARENTEAU	CSSNOQ
M. Jean-Paul QUESNEL	CLSC de Temiscaming
Mme Reina RIVEST	CS Ste-Famille de Ville-Marie
M. Raymond ROCHON	Conseil d'administration du CRSSS-08
M. René ROUSSEAU	CS Lebel

Note: Personnes qui ont siégé à la CARSPL au cours de l'année 1981-1982, et qui ont été remplacées en octobre 1981.

Nom	Représentativité
M. Gilbert GAGNON	CRSSS-08
M. Jean-Roch GERVAIS	DSC
M. Donald THÉBERGE	Centres hospitaliers

Pour plus d'information, le rapport annuel de la CARSPL sera disponible en septembre 1982.

Objectifs
Elaboration d'un profil socio-sanitaire par zone de CLSC.
Elaboration d'un document sur l'importance des orientations sociales et communautaires des SPL.
Elaboration d'un modèle de distribution de services de première ligne dans les zones non pourvues de CLSC.
Evaluation et contrôle des activités et des services des CLSC/CS, en terme de gestion et de programmation (suite des évaluations faites à Lebel, Senneterre et Matagami).
Revision des critères de répartition des budgets accordés aux établissements pour les services à domicile.
Avis sur les plans de redressement financiers.
Développement des services d'orthophonie dans la région.

Les services de protection et de consultation sociale (07)

Etat de la situation
Ces services sont dispensés par le CSSNOQ . Les principaux programmes sont les suivants:

- couples et familles
- enfance - jeunesse
- direction de la Protection de la jeunesse
- personnes âgées
- personnes handicapées
- auxiliaires familiales
- adoption
- familles d'accueil pour enfants
- familles d'accueil pour adultes handicapés et pour personnes âgées
- services sociaux en milieu scolaire et hospitalier (médical et psychiatrique)
- services aux toxicomanes

Le Centre de services sociaux a été touché durement par l'impact des compressions budgétaires en 1981-1982. L'établissement s'est vu imposer une compression totale qui atteignait le million de dollars et qui s'est soldée par une coupure d'une vingtaine de postes, tant au niveau clinique qu'au niveau administratif et de soutien. Nécessairement, certains services ont été réduits (ou affectés). Le CRSSS-08 a travaillé étroitement avec l'établissement dans l'élaboration du Plan de redressement financier, de façon à minimiser l'impact direct sur la clientèle. Entre autre, le CSSNOQ, à la demande du Conseil Régional, a accepté de surseoir au remplacement du directeur général d'octobre 1981 à avril 1982, et de cumuler deux (2) autres postes cadres à l'administration centrale.

Activités

Etude du Plan de redressement financier et recommandations au MAS.
Projet d'études de mises en commun de biens et de services, au plan régional et sectoriel.
Assistance-conseil à l'établissement en vue de la relocalisation physique du bureau régional et du bureau local d'Amos.
Rencontres d'orientation entre le CSSNOQ et la Maison Rouyn-Noranda.

Objectifs

Evaluation de programmes de Protection de la jeunesse (DPJ)
Etude approfondie des facteurs expliquant les surplus en aide à domicile de 1981-1982
Rencontres périodiques avec la Direction générale de l'établissement
Etude des possibilités de mises en commun avec les autres établissements du réseau.

Les services de réadaptation (08)

Etat de la situation

Ces services regroupent quatre (4) sous-programmes: services aux handicapés physiques, services aux handicapés mentaux, services aux alcooliques et autres toxicomanes, et services aux mésadaptés socio-affectifs. De plus, dans

la région, un cinquième volet s'ajoute, puisque la Maison Rouyn-Noranda a une vocation de réadaptation interne pour les jeunes autistiques. Cette nomenclature témoigne de la complexité du programme de réadaptation, d'autant plus que les services aux handicapés s'adressent tant aux adultes qu'aux enfants.
L'année 1981-1982 a été marquée par l'ouverture du Centre d'accueil Normand à Amos. Le Centre a reçu ses premiers bénéficiaires à l'interne en septembre 1981. Il faut dire que les services externes étaient disponibles depuis au moins un (1) an déjà, dans les principaux secteurs de la région.
Les compressions budgétaires n'ont pas épargné les établissements de réadaptation, bien au contraire. Ces derniers ont dû rationaliser les dépenses et oublier les projets de développement. Il faut souligner ici l'effort remarquable des quatre (4) centres d'accueil impliqués, qui ont réduit considérablement leurs personnels cadres ou qui l'ont maintenu au strict minimum, ceci permettant que les services directs à la clientèle ne soient pas affectés par les contraintes budgétaires.

Activités

Etude des plans de redressement financiers et recommandations au MAS.
Rencontres MAS - CRSSS-08 - CAR, pour orienter la reprise des activités par le Conseil Régional dans le dossier "Réadaptation".

Objectifs

Implantation d'un mécanisme de coordination pour l'ensemble des services de réadaptation.
Evaluation de la première phase de normalisation opérée par Clair-Foyer.
Consolidation des services externes pour alcooliques et toxicomanes dans toutes les zones.
Revision de la base budgétaire de la Maison Rouyn-Noranda.
Evaluation des activités et des services s'adressant aux handicapés physiques.
Avis et commentaires au MAS sur les plans de redressement financiers
Obtention d'un transfert budgétaire pour les cas hors-région et répartition de ce budget.

Les services d'hébergement pour personnes âgées (09)

Etat de la situation

Ce programme n'est pas restrictif à l'hébergement: il serait plus juste de parler de services aux personnes âgées. Nous touchons ici le secteur où la situation est la plus pathétique: le nombre de personnes âgées s'accroît sans cesse; les compressions budgétaires s'appliquent là comme ailleurs. Mais avec la nuance que les centres d'hébergement n'ont pratiquement pas de marge de manoeuvre; le développement de ressources alternatives comme des pavillons est compromis, faute de facilités de financement immobilier pour les promoteurs.
Nous ne pouvons que souhaiter que la conjoncture économique actuelle n'empêchera pas, au-delà de l'année courante, la réalisation de certains développements jugés prioritaires.

Activités

Avis au MAS sur les Plans de redressement financiers.
Rencontres de la Table de concertation sur les services aux personnes âgées.
Assistance-conseil auprès des CAH au plan de la gestion administrative et des services.
Favoriser les mises en commun de services entre les CAH et les autres établissements.
Deux (2) recherches sur les besoins des personnes âgées de l'Abitibi-Témiscamingue.
Plan directeur des services aux personnes âgées (doc. interne).
Appui aux promoteurs de pavillons à Taschereau, Cadillac et Macamic.
Démarche sur le développement de lits d'hébergement au CH St-Jean de Macamic.
Suivi du développement (rénovations) du CA Youville.
Favoriser la formation de comités uniques d'admission en CAH et CHSP dans certains secteurs (Amos et Val d'Or).

Objectifs

Approbation du plan directeur et diffusion.
Suivi des recommandations de la Direction de l'Agrément concernant les CAH.

Appui aux promoteurs pour le développement de pavillons et de familles d'accueil spéciales.
Favoriser la coordination des Centres de jour avec les services à domicile.
Suivi de l'aménagement du CA Youville en terme de programmation.
Fonctionnement d'une Table de concertation sectorielle dans la zone de La Sarre.

4

LES SERVICES AUX ÉTABLISSEMENTS

Etat de la situation
Activités

Les locations d'espace
Les surplus d'équipement
Expertises professionnelles

Objectifs

LES SERVICES AUX ÉTABLISSEMENTS

Etat de la situation

La Direction des services aux établissements regroupe plusieurs programmes ou mandats confiés à la fois par le MAS et par les établissements de santé et de services sociaux.

Toutefois, la base commune de tous ces programmes est de permettre aux 24 établissements de notre région d'obtenir divers biens et services dans les secteurs d'activités suivants:

- programme d'immobilisation et équipement - centres hospitaliers.
- programme d'immobilisation et équipement - centres d'accueil, CLSC et CSS.
- programme de location d'espace au bénéfice des établissements.
- programme de disposition de surplus d'équipement.
- expertises professionnelles en architecture, économie d'énergie, vétusté.
- programme des achats regroupés.
- programme des services communs aux établissements.

Le principal objectif de notre direction des services aux établissements est de voir au partage des fonds confiés au CRSSS-08 dans les secteurs d'activités mentionnés plus haut et, bien sûr, de voir au regroupement après étude, des services et d'achats de biens.

La problématique actuelle de ces nombreux services est de se doter d'instruments de partage juste et équitable puisqu'il est impensable de répondre à tous les besoins énoncés par les établissements de notre région.

Activités

Nous avons deux commissions administratives consultatives auprès du conseil d'administration:

- La Commission administrative régionale des immobilisations et des équipements (CARIE)
- La Commission administrative régionale des services en commun (CARSEC)

La CARIE a tenue au cours de l'année financière 1981-1982, quatre (4) réunions importantes afin de voir au partage des fonds.

Afin de réaliser ce partage, la commission étudie l'ensemble des projets soumis par les établissements. De plus, la commission s'est dotée de diverses politiques cadre de distribution des budgets d'équipement et d'immobilisation

afin de faciliter le processus du partage des sommes minimums à chaque établissement (péréquation).
Les états financiers du CRSSS-08 indique par établissement tout projet accepté.

Membres de la CARIE

Nom	Représentativité
M. Robert ARCAND, Président	CRSSS-08
M. Jean-Pierre BEGIN*	CRSSS-08
M. Guy DANSEREAU	Centres hospitaliers
M. Jacques GELINAS*	Centres hospitaliers
M. Claude HAMEL*	Centres hospitaliers
M. Pierre LAROUCHE*	CLSC
M. Marcel LORTIE	Centres d'accueil
M. Jacques NOEL*	Centres d'accueil
M. Réal PAUL	CSS

* Le mandat de ces membres se termine en mai 1982

Les locations d'espace
Nous terminons notre deuxième année avec ce nouveau programme et nous constatons que nous devons consacrer de plus en plus de temps dans la gestion des baux qui nous sont confiés.
Nous devons voir aux renouvellements, aux clauses escalatoires et aux paiements de ces baux.
La relocalisation de certains dispensaires et autres points de services nous occasionne plusieurs démarches.
Le développement de nouveaux baux exige, de notre équipe, de vérifier auprès de la programmation si ces nouveaux services sont inscrits, de voir sur place les espaces, de préparer des baux, de les faire entériner par le MAS et de les inscrire dans les revues de programme.
Les surplus d'équipement
C'est un programime de moins en moins actif, sauf que cette année certains équipements médicaux et autres en provenance du Centre hospitalier La Grande Rivière et de la Société d'énergie de la Baie James nous ont

occasionné diverses démarches pour fin d'évaluation et d'acquisition.

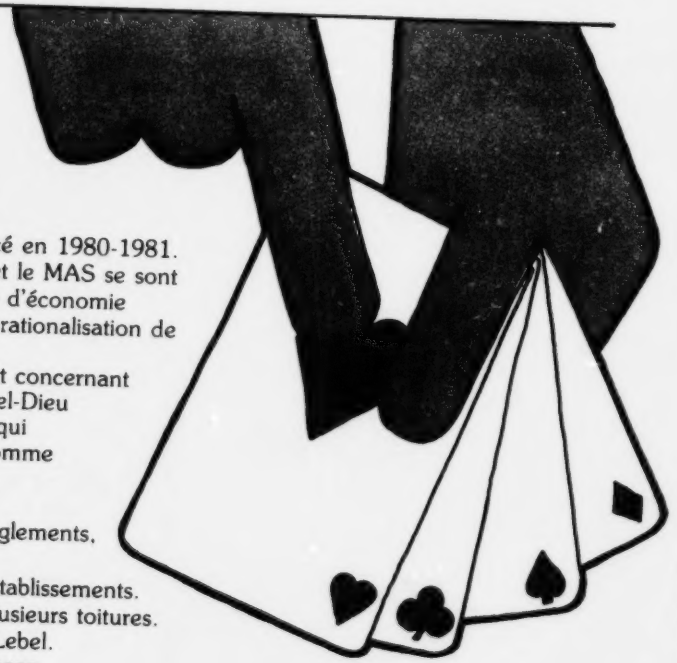
Expertises professionnelles

Depuis que le CRSSS-08 bénéficie de services d'un architecte, nous réalisons pour les établissements des plans et devis pour les projets de rénovations et de nou velles constructions.

Nous avons aussi continué le bilan énergétique commencé en 1980-1981.

Dans le secteur des économies d'énergie, le CRSSS-08 et le MAS se sont occupés de vulgariser auprès des établissements un guide d'économie d'énergie afin de permettre à tous les établissements une rationalisation de l'énergie utilisée.

En 1981-1982, nous avons finalement actualisé le rapport concernant les changements de chaufferies du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos et du Centre hospitalier St-Sauveur de Val d'Or qui consistaient essentiellement à utiliser les résidus de bois comme combustible dans les chaufferies de ces centres.



Objectifs

En matière d'immobilisation et d'équipement, revoir les règlements, procédures, composition et exécution des mandats.

Réviser les besoins en équipement et immobilisation des établissements.

Elaborer un projet particulier concernant la réfection de plusieurs toitures.

Assumer la gérance des rénovations au Centre de Santé Lebel.

Réviser et produire un état de situation des locations d'espace.

S'assurer du suivi du guide d'économie d'énergie.

Procéder à l'inventaire des équipements spécialisés.
Surveillance de divers chantiers de construction.

5

LES SERVICES ADMINISTRATIFS

Etat de la situation

Le personnel
Direction générale
Direction des services administratifs et des services aux établissements
Direction des services sociaux
Direction des services de santé

Activités

Les services financiers internes du CRSSS-08
Conseil de la santé et des services sociaux
Les services financiers des fonds en fiducie
Résumé des fonds administrés par le CRSSS-08
Assistance-conseil en gestion financière
Les services de soutien

Objectifs

LES SERVICES ADMINISTRATIFS

Etat de la situation

Les champs d'activités sous la direction des services administratifs sont regroupés de la façon suivante:

- le service du personnel
- les services de finance interne du CRSSS-08
- les services de finance des fonds en fiducie
- assistance-conseil en gestion financière
- les services de soutien

Le Personnel

Au cours de 1981-1982, le Conseil d'administration du CRSSS-08 avait demandé à la permanence de réaliser un plan de redressement financier afin de corriger la situation déficitaire anticipée.

Le 31 mars 1982, le CRSSS-08 comptait 21 employés comparativement à 24 en 1981. Cinq employés ont quitté et ne furent pas remplacés au cours de l'année, tandis que deux employées étaient embauchées en remplacement de congé de maternité. Voici donc la répartition du personnel au 31 mars 1982:

Direction générale:

• M. Raynald Bergeron	Directeur général
• Mme Jeannine Bilodeau	Secrétaire générale et conseillère en communication
• Mme Ginette M. Bélanger	Secrétaire de direction
• Mme Denise Boutin	Préposée à la bibliothèque
• Mlle Danielle Landriault	Secrétaire (remplaçant Danielle Leroy)

Direction des services administratifs et des services aux établissements

• M. François Dumulon	Directeur
• Mme Diane D. Beaudry	Secrétaire de direction
• M. Guy Leclerc	Conseiller aux établissements
• M. Pierre Guimont	Conseiller en gestion financière
• Mme Diane Baulne	Technicienne en administration
• M. Roger Bourque	Conseiller aux établissements
• Mlle Nicole Lortie	Secrétaire (congé de maternité)
• Mlle Carole Drouin	Secrétaire (remplaçant Nicole Lortie)

Direction des services sociaux

• M. Pierre-Yves Boucher	Directeur
• M. Guy Charland	Agent de recherche
• Mme Margot Richard	Secrétaire de direction (congé maternité)
• Mme Danielle Leroy	Secrétaire (remplaçant Margot Richard)

Direction des services de santé

• M. Pierre Lajoie	Directeur
• Mme Suzanne C. Giroux	Agent de recherche
• M. Claude Piché	Agent de recherche
• Mme Rachèle Lalonde	Secrétaire de direction

Activités

Les services financiers internes du CRSSS-08

L'actualisation de notre plan de redressement et le départ de plusieurs employés en 1981-1982, nous ont permis de terminer l'année financière avec un léger surplus d'opération.

Les états financiers en annexe démontrent l'ensemble des subventions reçues et la ventilation par catégorie de dépenses d'activités du CRSSS-08.

Avec l'implantation régionale d'un réseau d'informatique, nous nous sommes associés au secteur de Rouyn-Noranda et de La Sarre, pour le traitement de la paye des employés et pour la comptabilité du fonds d'exploitation.

Le comité de vérification a siégé à quelques reprises lors de la production des états financiers. Au cours de l'année, nous avons aussi mis en place de nouveaux mécanismes de contrôle interne des activités financières.

Conseil de la santé et des services sociaux:

Catégorie de dépenses	Montant	%
• Salaires	619 155 $	66.7
• Avantages sociaux	35 414 $	3.8
• Allocations	152 661 $	16.4
• Services	35 673 $	3.8
• Communications	47 272 $	5.0
• Loyer	27 495 $	2.9
• Fournitures	10 019 $	1.0

Les services financiers des fonds en fiducie

Le MAS et certains établissements de notre région confient annuellement au CRSSS-08, des sommes très importantes que nous administrons en fiducie pour les établissements de santé et de services sociaux de la région. Actuellement, les opérations financières de ces fonds ne sont pas encore sous traitement informatique. Nous évaluons la pertinence et les coûts d'une telle opération.

Toutefois, l'administration de ces nombreux fonds nécessite beaucoup d'efforts et de contrôle puisque chaque fonds est indépendant.

Particulièrement, nous avons procédé à un appel d'offre public pour la zone d'ambulance du Parc de la Vérendrye.

Résumé des fonds administrés par le CRSSS-08

	Budget 1981-1982
• Fonds d'immobilisation et d'équipement (CH)	313 740 $
• Fonds d'immobilisation (CA)	170 713 $
• Fonds d'équipement (CA)	156 156 $
• Fonds des services d'ambulance	235 335 $
• Fonds des médecins spécialisés itinérants	72 000 $
• Fonds des "urgentologues"	48 000 $
• Fonds du comité de recrutement	10 000 $
• Fonds des soins à domicile et des services de première ligne	1 399 475 $
• Fonds des services psychiatriques	157 926 $
• Fonds des locations d'espace	434 871 $
TOTAL	2 998 216 $

Assistance-conseil en gestion financière

Le MAS donnait le mandat au CRSSS-08 d'assumer une responsabilité d'actualisation des plans de redressement financier des établissements de la région.

Nous avons donc mis tous les efforts nécessaires auprès des établissements afin que ceux-ci assument leurs plans de redressement au cours de 1981-1982. Dans plusieurs cas nous avons dû faire des analyses très complexes afin d'évaluer la performance, l'état des ressources et permettre au conseil d'administration de prendre position dans divers dossiers.

Les services de soutien

Ce secteur d'activités regroupe tous les services internes pour le bon fonctionnement. Qu'il s'agisse du service téléphonique, de l'acquisition de fournitures, de service audio-visuel, de service du courrier, d'entretien des locaux, etc., nous avons vu à faire le nécessaire au cours de l'année afin de permettre au personnel et au conseil d'administration un fonctionnement harmonieux.

Objectifs

Revoir les formulaires d'évaluation
Evaluer le système téléphonique
Assurer l'intégration du personnel du DSC, s'il y a lieu
Perfectionner les mécanismes de contrôle
Intégrer la gestion financière du DSC, s'il y a lieu
Fournir une assistance-conseil en gestion aux établissements
Assurer un service de soutien adéquat

Rapport annuel 1981-1982
Services d'ambulance

Numéro et nom de la zone	Nombre de sorties			Subvention manque à gagner	Subvention forfaitaire	Total
	Garanties	Effectuées	Subvention			
801 - Témiscaming	450	232	218	$ 11,554		$ 11,554
802 - Ville-Marie	450	217	233	$ 12,349		$ 12,349
804 - La Sarre	850	699	151	$ 8,003		$ 8,003
805 - Amos	850	595	255	$ 13,515		$ 13,515
807 - Senneterre	450	170	280	$ 14,480		$ 14,480
808 - Lebel-sur-Quévillon	450	157	293	$ 15,529		$ 15,529
809 - Matagami	450	157	293	$ 15,529		$ 15,529
810 - Malartic	450	129	321	$ 17,013		$ 17,013
811 - Notre-Dame du Nord	450	105	345	$ 18,285		$ 18,285
812 - Parc de la Vérendrye (B. Nord)	450	26	424	$ 22,472	$ 45,000	$ 67,472
813 - Route Amos-Matagami	140	8	132	$ 6,996	$ 21,000	$ 27,996
Total des subventions pour les zones				$155,725	$ 66,000	$221,725
PLUS Remboursement pour les transports Québec Ontario						$ 71
Cours de formation pour les préposés d'ambulance						$ 24,553
						$246,349

Rapport des visites des médecins spécialistes itinérants pour l'année 1981-1982

Spécialité	Nombre de visites		Montant versé
	Extérieur	Intérieur	
Cardiologie	24	22	$ 5.039
Cardiologie pédiatrique	1		$ 181
Chirurgie buccale	4		$ 724
Chirurgie esthétique	12		$ 2.172
Chirurgie pédiatrique	1		$ 181
Chirurgie thoracique	5	9	$ 1.125
Dermatologie	20		$ 3.620
Endocrinologie	11	11	$ 2.288
Endocrinologie pédiatrique	3		$ 543
Gastro-entérologie	4		$ 724
Hématologie pédiatrique	1		$ 181
Immunologie pédiatrique	2		$ 362
Médecine interne	14	29	$ 3.387
Médecine vasculaire	5		$ 905
Néphrologie	7		$ 1.267
Neurologie	13	14	$ 2.691
Neurologie pédiatrique	5		$ 905
Pathologie	5		$ 905
Pédiatrie		107	$ 4.959
Pneumologie	13	35	$ 3.403
Rhumatologie	11	20	$ 2.503
TOTAL	161	247	$38.605

Rapport annuel 1981-1982
"Urgentologues"

pour le mois de	CH St-Sauveur			CH Rouyn-Noranda			CS Isle-Dieu		
	Nombre de jours	Montant réclamé	Montant remboursé	Nombre de jours	Montant réclamé	Montant remboursé	Nombre de jours	Montant réclamé	Montant remboursé
Mai							2	$ 160.01	$ 160.01
Juin	17	$ 1,965.29	$ 1,458.53	3	$ 316.30	$ 316.30	4	$ 958.86	$ 609.96
Juillet	33	$ 4,410.28	$ 3,488.56	12	$ 936.30	$ 936.30	14	$ 2,073.27	$ 1,676.84
Août	23	$ 2,675.21	$ 2,564.38	24	$ 1,484.30	$ 1,484.30	18	$ 976.54	$ 644.54
Septembre	17	$ 1,850.16	$ 1,756.95	20	$ 1,141.51	$ 1,140.01	1	$ 140.95	$ 140.95
Octobre	42	$ 3,042.20	$ 2,972.53	15	$ 1,106.18	$ 1,066.93			
Novembre	24	$ 2,636.07	$ 2,370.39	14	$ 1,467.27	$ 1,412.99			
Décembre	35	$ 1,996.15	$ 1,667.59	22	$ 1,197.05	$ 1,099.40			
Janvier	39	$ 3,352.14	$ 3,055.45	10	$ 1,123.83	$ 1,112.65			
Février	30	$ 2,976.21	$ 2,692.41	16	$ 1,619.57	$ 1,730.80			
Mars	23	$ 1,339.22	$ 1,224.32	6	$ 612.15	$ 649.15			
Total	283	$26,242.93	$23,251.11	142	$11,004.76	$10,948.33	39	$ 4,309.63	$ 3,232.30

Grand total: 464 jours de visites, montant réclamé $41,557.32, montant remboursé $37,431.74

N.B.: Des montants ont été réclamés après le 1er avril 1982 pour des visites effectuées avant le 31 mars. Ces montants n'apparaissent pas sur ce rapport

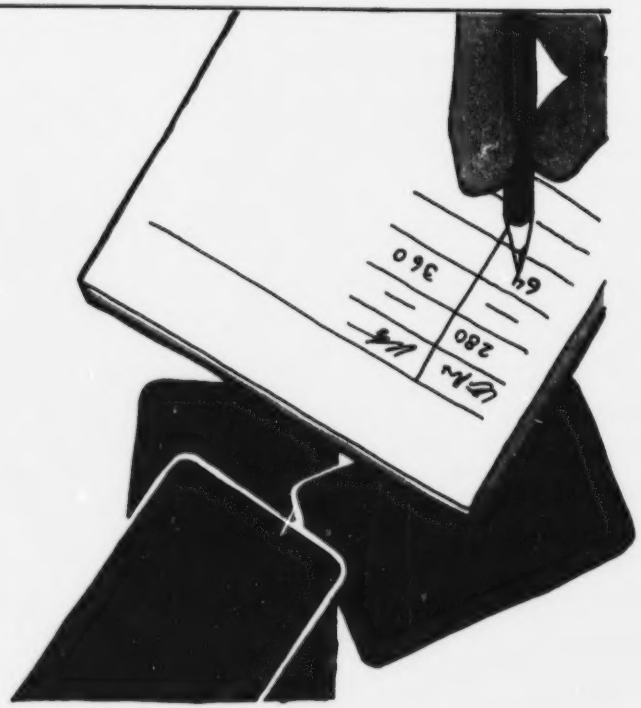
6

LES SERVICES EN COMMUN

LES SERVICES EN COMMUN

La Commission administrative régionale des services en commun a négocié des contrats totalisant un montant de 4 561 300,00$. Ces négociations nous ont permis de réaliser des économies de 321 130,00$ soit de 7,04%.
De plus, la Commission s'est penchée sur certains services en commun, dont voici les principaux dossiers:

- Imprimerie régionale
- Service de radioprotection
- Polices d'assurances sur véhicules des établissements
- Service pour le système A.P.I.
- Service de microfilmage
- Service d'informatique.



Membres de la CARSEC

Nom	Représentativité
M. Daniel BERGERON	Centres d'accueil
M. Patrice BERNARD*	Centres hospitaliers
M. Marcel GIRARD	Centres d'accueil
M. Claude LAMBERT, Prés.*	Centres hospitaliers
M. René LEVESQUE	CRSSS-08
M. Gérard MARINOVICH	Centres hospitaliers
Mme Fabiola PELLETIER	Centres d'accueil

* Le mandat de ces membres se termine en mai 1982

Tableau des négociations 1981-1982

Catégories de produits négociés(ables)	Montants négociés	Evaluation des économies	Pourcentage d'économies
Alimentation	1 210 000,00$	44 400,00$	3,67%
Combustible	500 000,00	35 000,00	7,00
Entretien-ménager	187 000,00	14 960,00	8,00
Entretien des établissements	10 000,00	1 500,00	15,00
Fonctionnement des établissements	—	—	—
Fournitures médicales	478 000,00	31 380,00	6,56
Fournitures de bureau	132 500,00	21 750,00	16,42
Fournitures de laboratoire	262 000,00	31 440,00	12,00
Literie et lingerie	—	—	—
Mobilier et équipement	—	—	—
Pharmacie	1 150 000,00	88 000,00	7,65
Contrats de service	236 800,00	29 000,00	12,25
Buanderie	—	—	—
Fournitures de radiologie	395 000,00	23 700,00	6,00
Totaux	4 561 300,00$	321 130,00$	7,04%

SERVICE DES COMMUNICATIONS

Etat de la situation
Activités
Objectifs

SERVICE DES COMMUNICATIONS

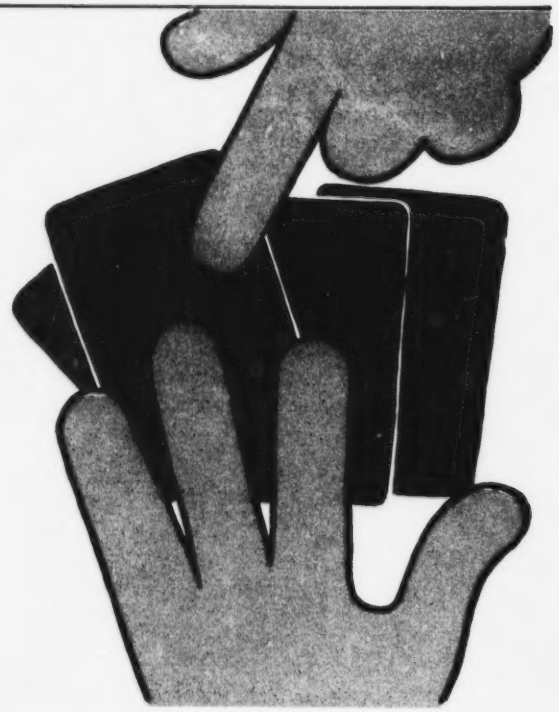
Etat de la situation

Les activités des communications veulent rejoindre une clientèle interne: les employés et une clientèle externe: la population, les établissements et le ministère des Affaires sociales. Ces activités s'exercent dans les domaines suivants:

- Assistance-conseil et surveillance pour les élections des conseils d'administration des établissements
- Cadre de classement et archives
- Centre de documentation
- Information
- Secrétariat général

Activités

Les élections aux conseils d'administration des établissements se sont tenues au cours du mois de mai 1981, tel que la Loi l'exige. Trente-neuf (39) personnes ont été élues par acclamation, dix-sept (17) par scrutin et quatorze (14) ont été nommées par le CRSSS-08.
Le CRSSS-08 a de plus procédé à la consultation des groupes socio-économiques avant les nominations faites par le ministre des Affaires sociales.
Le Cadre de classement mis sur pied l'an dernier est maintenant complété et les archives y seront intégrées dans quelques mois.
Le centre de documentation du Département de santé



communautaire a été intégré à celui du CRSSS-08, ce qui a eu pour effet de doubler le volume d'activités. En ce qui concerne l'information, il nous apparaît que le fait d'avoir ouvert au public les réunions du conseil d'administration, a grandement facilité la circulation de l'information.

Objectifs

Les objectifs du service des communications se situent particulièrement en regard du service des plaintes que nous voulons améliorer cette année. Nous profiterons pour ce faire des activités du 10e anniversaire au cours duquel nous songeons à visiter chaque établissement de la région et informer les professionnels sur l'orientation que le CRSSS-08 donne au service des plaintes.

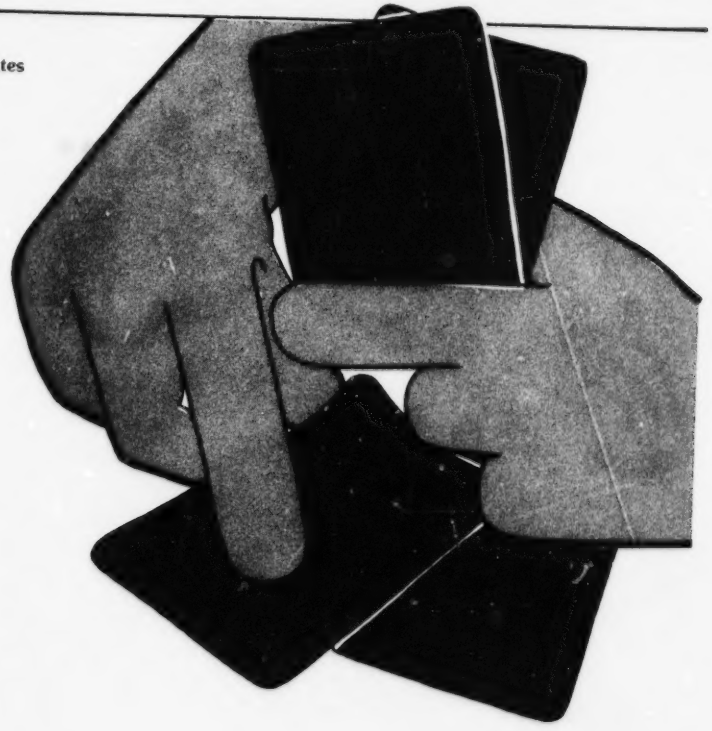
Si par ailleurs l'intégration CRSSS-DSC devait se faire, il nous apparaîtrait important alors de reviser toute notre politique de communication.

SERVICE DES PLAINTES

CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT	Nombre de plaintes déposées
Centres hospitaliers	9
Centres d'accueil	4
Centre de services sociaux	16
Services ambulanciers	5
Nombre de plaintes déposées au CRSSS-08 en 1981-1982	34

Nature des plaintes	Nombre
Qualité des soins et services	7
Accessibilité aux services	18
Administration et respect de la Loi	14
Hygiène et sécurité	3
Relations (personnel - bénéficiaires)	1

NOTE: Une plainte comprend souvent plus d'un aspect.



9

DOSSIERS PARTICULIERS

Formation et perfectionnement relié à l'emploi

Etat de la situation
Activités
Objectifs

Sectorisation

Etat de la situation
Activités
Objectifs

Intégration CRSSS-DSC

Etat de la situation
Activités
Objectifs

La condition féminine

Etat de la situation
Activités
Objectifs

DOSSIER PARTICULIER

Formation et perfectionnement relié à l'emploi (3 août 1981 au 31 mars 1982)

Etat de la situation

Le mandat de formation et de perfectionnement confié aux CRSSS par le MAS, a pris forme en Abitibi-Témiscamingue avec l'engagement d'un chargé de formation, et la création d'un comité aviseur à la formation et au perfectionnement. La conjoncture économique qui rend inconfortable la situation de ce mandat, nous oblige toutefois à modifier l'approche actuelle en consacrant tout le budget 1982-1983 à des fins de formation et de perfectionnement et nous ne renouvellerons pas l'engagement du contractuel chargé de ce projet.

Activités

En plus d'identifier les clientèles prioritaires et leurs besoins, le CRSSS-08 s'est doté d'une politique cadre de formation et de perfectionnement et a établi la programmation de 1982-1983.

Une session de formation a été donnée aux membres des conseils d'administration de deux établissements et une autre sera offerte en juin aux organismes bénévoles.

Objectifs

L'objectif global du service est d'assumer pleinement le rôle d'animation, de concertation et de coordination dans les groupes d'activités précisés par le MAS et adaptés aux besoins identifiés dans notre région.

Un calendrier des sessions est déjà tracé, et nous comptons rejoindre 150 administrateurs en formation et 50 en perfectionnement touchant le développement individuel et le développement organisationnel.

Nous aurons recours aux institutions en place, particulièrement l'Université du Québec et le CEGEP, en initiant un programme de base (ex: certificat en gestion hospitalière) et en développant un mode "d'expertise-conseil" en comportement organisationnel auprès des établissements du réseau.

Sectorisation

Etat de la situation

Ayant toujours mené nos activités de planification et de programmation à partir d'une certaine réalité sectorielle, il nous est apparu que le contexte de rationalisation se prêtait bien au développement d'une approche plus strictement de secteurs qui établirait des liens formels entre les établissements et avec la population dont ils ont la responsabilité.

La sectorisation repose sur des principes de base favorisant une démarche concertée de tous les établissements d'un secteur, en vue d'assurer une réponse optimum aux besoins de la population de ce secteur, par une prise en charge globale dans un réseau intégré de services.

Le processus de sectorisation peut se faire sous diverses formes et il y a place pour l'originalité si l'on songe qu'il suppose un sentiment d'appartenance à un secteur donné, une approche communautaire de la part des intervenants et qu'il peut se situer entre des initiatives de mises en commun, jusqu'à une gestion sectorielle unique.

Activités

En plus de préparer un document de consultation qui décrit les orientations de la sectorisation et fournit des pistes de départ et des hypothèses d'arrivée, nous avons invité les établissements à se regrouper par table sectorielle afin de favoriser la mise en commun d'orientations, d'idées, de ressources humaines et d'activités.

C'est ainsi que dans le secteur d'Amos, deux établissements, Clair-Foyer et le Centre d'accueil Normand ont réalisé d'importantes mises en commun en fusionnant deux postes de cadres supérieurs: Le directeur général du Centre d'accueil Normand assume la direction générale de Clair-Foyer sur une base intérimaire pour au moins une année. Par ailleurs, ces deux établissements ont donné un accord de principe concernant des transferts de surplus budgétaire d'un établissement vers d'autres de leur secteur.

De plus, Clair-Foyer a fusionné deux postes de cadres sur une base intérimaire: celui de directeur des services professionnels et de directeur des services de réadaptation.

Ces réaménagements nous laissent entrevoir des économies substantielles à très court terme.

Au delà de ces réalisations, tous les établissements du secteur d'Amos manifestent un grand intérêt pour les mises en commun autant de services administratifs et financiers, que de ressources matérielles et humaines. Une table sectorielle de concertation est déjà à l'oeuvre dans ce secteur et avec l'assistance conseil du CRSSS-08, elle est à établir différentes modalités originales de mises en commun dans plusieurs domaines.
Le secteur de Val d'Or a lui aussi, mis sur pied une table de concertation sectorielle depuis plusieurs mois, et vient d'organiser un colloque d'une journée sur les mises en commun possibles du secteur, à partir d'une évaluation faite par des responsables pour chacun des établissements.
De nouvelles possibilités de mises en commun se dessinent depuis les ressources humaines, jusqu'aux services techniques d'informatique ou autres.
La plupart des établissements ont par ailleurs réagi à notre document sur la sectorisation et même si plusieurs manifestent de la réticence, d'autres y sont favorables et croient avec nous qu'il faut emboîter le pas dans des voies nouvelles qui répondront aux besoins de demain.

Objectifs

Le mouvement amorcé nous apparaît irréversible et nous continuerons de le favoriser. Notre rôle au niveau des tables sectorielles en est un plutôt d'assistance conseil, mais il revêt une importance capitale si l'on songe à la fonction que la loi nous donne d'assurer les communications entre le public, le ministre et les établissements et si l'on considère les mandats décentralisés que le MAS continue de nous confier.

Intégration CRSSS - DSC

Etat de la situation

Dans le contexte de décentralisation du réseau des Affaires sociales qui s'accélère depuis quelques années, et avec les mandats nouveaux qui ont été confiés aux Conseils régionaux de la santé et des services sociaux, la nécessité d'une collaboration plus étroite entre le Département de santé communautaire et le CRSSS-08 s'est progressivement imposée, et les deux organismes ont cherché à mieux conjuguer leurs efforts dans le processus de planification des services de santé dans la région.

Jusqu'à tout récemment, les fonctions d'exécution de programme que le DSC continuait à assumer rendaient difficile la collaboration des deux organismes autour du mandat qui leur est commun, soit l'analyse des besoins de la population et la mise en place de programmes pour y répondre.

Dans la mesure où le DSC s'est départi des mandats d'exécution en confiant la responsabilité opérationnelle des programmes de santé communautaire aux établissements des secteurs, considérant que les fonctions qui restent au DSC se confondent avec plusieurs fonctions relevant du CRSSS-08, considérant qu'il n'y a qu'un seul DSC dans la région et qu'il couvre le même territoire que le CRSSS-08, les permanents des deux organismes et l'administration du Centre hospitalier Rouyn-Noranda de Noranda et le CRSSS-08 en sont venus à la conclusion que l'intégration du DSC au CRSSS-08 constituerait le meilleur moyen d'unifier les différentes activités dans le domaine de la santé au niveau régional.

Activités

Un document de travail a donc été élaboré à l'intention des administrateurs, exposant d'abord, à travers la problématique de l'évolution du réseau des Affaires sociales, les facteurs qui favorisent le rapprochement du DSC et du CRSSS-08 et dans un deuxième temps, en indiquant sommairement les principaux impacts de cette intégration.

Ce document démontre que l'évolution qu'a connu le réseau des Affaires sociales au cours des dernières années et en particulier l'évolution des rôles et fonctions des DSC et des CRSSS conduisent, tout naturellement, au

rapprochement des deux organismes.
La solution de l'intégration du DSC au CRSSS-08 est donc apparue extrêmement prometteuse et les deux organismes ont demandé au Ministère des Affaires sociales un accord de principe leur permettant d'élaborer des modalités de fonctionnement et de déterminer un échéancier compatible avec leurs priorités et leurs activités.
Malheureusement, et même si le ministre lui-même nous a répété verbalement qu'il était favorable à cette intégration, nous attendons toujours un écrit officiel qui nous permettrait de procéder.

Objectifs

Nous continuons de croire que l'intégration du DSC au CRSSS demeure la solution la plus logique au problème de l'harmonisation des activités de planification au palier régional, en même temps qu'elle permettrait au CRSSS de se doter d'une vision globale de la santé, et de mieux assumer les rôles qui lui sont confiés par la loi sur les services de santé et les services sociaux.
Notre objectif est donc d'obtenir l'assentiment du Ministère des Affaires sociales et de réaliser cette intégration en 1982-1983.

La condition féminine

Etat de la situation

Le mandat que le MAS a confié aux CRSSS dans le dossier de la condition féminine, a pris forme lentement et au rythme du temps qu'on a pu y consacrer.

Par ailleurs, les orientations et les priorités globales, à l'échelle de la province, ne sont pas encore suffisamment précisées pour que le travail d'une répondante en région soit efficace.

Activités

Les activités concernant la condition féminine se sont situées autour de trois (3) sujets: la violence faite aux femmes et aux enfants, l'humanisation de l'accouchement et le planning des naissances.

Concernant la violence, le CRSSS-08 a surtout fourni de l'assistance conseil et du support technique aux démarches collectives déjà amorcées par des femmes.

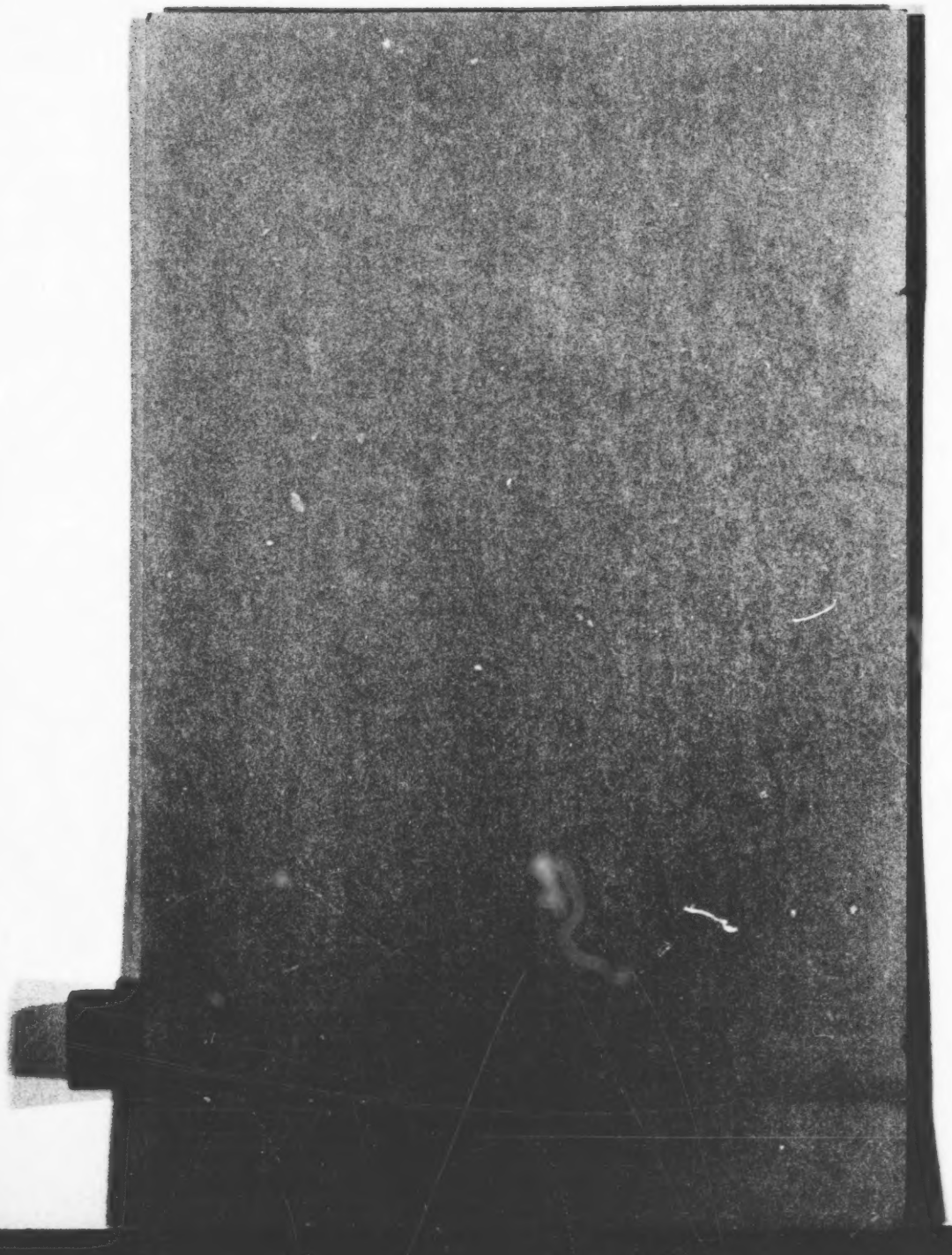
Le CRSSS a par ailleurs appuyé le développement de salles d'accouchement qui permettent de vivre un accouchement de façon plus naturelle et humaine.

Le planning des naissances a fait l'objet d'une tournée régionale auprès des établissements concernés, suivie de recommandations précises au MAS. Il semble que dans ce domaine des développements de services soient possibles à brève échéance.

Objectifs

L'orientation du dossier de la condition féminine n'a pas fini de faire l'unanimité à l'échelle provinciale et nous comptons presser le MAS d'y apporter les précisions nécessaires.

Ainsi, le CRSSS-08 pourra inscrire ses activités dans une démarche globale et les articuler avec celles des établissements de sa région



CONCLUSION

Nous ne voulons pas conclure en fermant une page, ce serait trop facile et trop de problèmes tomberaient dans l'oubli. Nous voulons plutôt reprendre quelques points de notre introduction et réitérer les recommandations que nous avons faites au Ministère des Affaires sociales en cours d'année, et qui concernent toutes de plus ou moins près, le problème fondamental de l'adaptation des ressources socio-sanitaires aux besoins de la population de l'Abitibi-Témiscamingue.

Au chapitre des plans de redressement et des efforts de rationalisation des ressources, nous avons procédé à une étude sur les possibilités de fusion de postes avec le support assuré du Ministre des Affaires sociales lui-même. Malheureusement, dans la pratique, nous nous sommes heurtés à des fins de non-recevoir de la part de certains fonctionnaires du MAS qui ont même court-circuité des initiatives prises par notre conseil d'administration entre autres, celle de ne pas assurer une présence du CRSSS sur les comités de sélection pour des postes de cadre qui, selon nous, n'auraient pas dû être ouverts dans certains établissements.

Il nous apparaît primordial que le MAS appuie les positions des régions, particulièrement quand ces positions rejoignent les orientations générales que le MAS s'est lui-même fixées.

Par ailleurs, nous continuons de déplorer la rigidité de la Loi sur l'administration financière, qui nous empêche d'attribuer à nos priorités régionales, les budgets qui y correspondent. Tant et aussi longtemps que la répartition des budgets par programme sera établie sur une échelle provinciale, nous resterons tributaire d'iniquités intra-régionales, lésant une partie de notre clientèle.

Le CRSSS-08 a demandé et continue d'insister auprès du MAS pour que la distribution du budget régional se fasse sous un mode élargi, permettant une répartition inter-programme et inter-établissement. Les régions périphériques ne pourront plus assurer l'accessibilité des soins et services à leur population si on ne leur accorde pas les leviers nécessaires et le premier de ces leviers, c'est la décentralisation du budget, en leur confiant un budget global.

Il sera difficile en cette période d'économie de ressources et de rationalisation, d'innover et de trouver des solutions originales, si nous ne pouvons obtenir les moyens pour le faire.

Les exemples sur lesquels nous nous appuyons ne manquent pas: la sectorisation, la fusion de postes, l'intégration

du CRSSS-DSC, voilà autant de solutions originales que nous avons envisagées, mais que nous ne pouvons mener loin à cause précisément de ces contraintes. Nous plaçons beaucoup d'espoir dans le bilan besoins/ressources des régions périphériques que nous sommes à faire avec les CRSSS 01 et 09 et nous osons croire que le Gouvernement du Québec prendra des mesures énergiques pour garantir à tous les citoyens, les services auxquels ils ont droit.
La porte est ouverte sur l'année 1982-1983 et nous repartons fort du dynamisme de nos équipes comme du bon vouloir de nos gouvernants.

Conception graphique: **Hébert/Simard**
Impression: **Imprimerie Lebonfon-La Frontière**

ÉTATS FINANCIERS ANNUELS 1981-1982

FONDS D'EXPLOITATION
REVENUS ET DÉPENSES POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 1982

	1981-82	1980-81
Revenus		
Subventions du M.A.S.	$	$
• subventions régulières	667,987	558,166
• subventions spéciales	50,000	
• subventions pour le loyer		27,495
Contributions des établissements		17,500
Intérêts	15,611	18,662
Autres revenus	484,222	124,023
Total des revenus	**$1,217,820**	**$745,846**
Dépenses		
Salaires	$ 619,155	$551,877
Avantages sociaux	35,414	23,200
Allocations	152,661	85,783
Services	35,673	68,667
Communications	47,272	54,836
Loyer	27,495	26,295
Fournitures et matériel	10,019	23,781
Total des dépenses	**$ 927,689**	**$834,439**
Surplus (déficit) de l'exercice	**$ 290,131**	**$(88,593)**

SYSTÈME RÉGIONAL D'ACHAT DE GROUPE (INFORMATION SECTORIELLE)
REVENUS ET DÉPENSES POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 1982

	1981-82	1980-81
Revenus		
Contributions des établissements	$51 000	$41,997
Intérêts sur les dépôts de garantie	3,173	1,714
Autres revenus (fournir les détails p 21)	2,251	4,696
Total des revenus	**$56,424**	**$48,407**
Dépenses		
Salaires	$53,158	$39,607
Avantages sociaux	3,077	1,700
Allocations	1,858	4,634
Services	9,213	2
Communications	313	300
Loyer		1,200
Fournitures et matériel	1,709	900
Total des dépenses	**$69,328**	**$48,343**
Surplus (déficit) de l'exercice	**$(12,904)**	**$ 64**

FONDS D'EXPLOITATION
ANALYSE DU SOLDE DU FONDS AU 31 MARS 1982

	1981-82	1980-81
Opérations courantes		
Solde au début de l'exercice	$ 36,563	$125,156
Ajouter:		
• Excédent des revenus sur les dépenses Exploitation	265,409	
• Médecin spécialisé	24,722	
Sous-total	$326,694	$125,156
Diminuer:		
• Excédent des dépenses sur les revenus	$	$ 88,593
• Appropriation du déficit du C.R.A.	10,979	
Sous-total	$ 10,979	$ 88,593
Solde à la fin de l'exercice	$315,715	$ 36,563
Achats de groupe		
Solde au début de l'exercice	$ 4,933	$ 4,869
Ajouter:		
• Redressement	4,350	
• Excédent des revenus sur les dépenses		64
• Appropriation du déficit par le fonds d'exploitation	10,979	
Sous-total	$ 20,262	$ 4,933
Diminuer:		
• Excédent des dépenses sur les revenus	12,904	
Sous-total	$ 12,904	
Solde à la fin de l'exercice CARA Vente	$ 7,358	$ 4,933

FONDS D'EXPLOITATION
BILAN AU 31 MARS 1982

	1981-82	1980-81
ACTIF		
À court terme:		
• Encaisse	$	$ 3,037
• Dépôts à terme		42,246
• Comptes à recevoir	381,030	34,597
• Subventions à recevoir		1,309
• Frais payés d'avance	1,408	1,408
• Avance au fonds des immobilisations	4,351	
• Stocks		1,406
Total	**$386,789**	**$84,003**
PASSIF		
À court terme:		
• Découvert de banque	$ 2,769	$
• Emprunt de banque		
• Comptes et frais courus à payer	60,486	34,017
• Avance du fonds des immobilisations		8,490
• Provision pour mauvaises créances	461	
Sous-total	$ 63,716	$42,507
SOLDE DU FONDS		
• Opérations courantes	$ 34,933	$36,563
• Achats de groupe	7,358	4,933
• C.H. La Grande-Rivière	256,000	
• Médecins spécialisés	24,722	
Sous-total	$323,073	$41,496
Total	**$386,789**	**$84,003**

FONDS POUR IMMOBILISATIONS ET ÉQUIPEMENTS DES C.L.S.C., DES C.A. ET DES C.S.S. – PROJETS DE 250 000$ ET MOINS / BILAN AU 31 MARS 1982

ACTIF

	1981-82	1980-81
À court terme:		
• Encaisse	$172,357	$ 74,212
• Dépôts à terme	115,000	125,000
• Comptes à recevoir	3,820	4,029
• Subvention à recevoir		201,200
• Avances aux établissements	26,500	
Total	**$317,677**	**$404,441**

PASSIF

À court terme:			
• Comptes et frais courus à payer		$	$
• Projets autorisés à payer	Année courante	236,805	341,527
	Années antérieures	53,202	1,621
Sous-total		$290,007	$343,148
SOLDE DU FONDS			
• Solde au début de l'exercice		$ 61,293	$234,291
Augmentations:	a) projets de 250 000$ et moins	$108,600	$185,400
• Subventions du M.A.S.	b) mobilier-équipement	156,156	368,974
• Intérêts		56,233	38,941
• Autres (fournir les détails, p. 21)		5,880	1,275
Sous-total		$326,869	$594,590
Diminutions:	a) projets de 250 000$ et moins	$ 77,711	$416,759
• Projets autorisés	b) mobilier-équipement	184,952	350,805
• Autres (fournir les détails, p. 21)		97,829	24
Sous-total		$360,492	$767,588
• Solde à la fin de l'exercice		$ 27,670	$ 61,293
Total		**$317,677**	**$404,441**

FONDS POUR IMMOBILISATIONS ET ÉQUIPEMENTS SPÉCIALISÉS DES C.H.
PROJETS INFÉRIEURS À 1 000 000$ / BILAN AU 31 MARS 1982

		1981-82	1980-81
ACTIF			
À court terme:		$ 39,303	$
• Encaisse		105,000	100,000
• Dépôts à terme		64,493	80,408
• Comptes à recevoir		93,127	124,771
• Prêts aux centres hospitaliers			275,000
• Subventions			
Total		**$301,923**	**$580,179**
PASSIF			
À court terme:		$	$
• Comptes et frais courus à payer		1,627	895
• Projets autorisés à payer	Année courante	168,345	357,908
	Années antérieures	5,675	24,047
• Découvert de banque			16,071
Sous-total		$175,647	$398,921
SOLDE DU FONDS			
• Solde au début de l'exercice		$181,258	$164,748
Augmentations:		$	$
• Subventions du M.A.S.			275,000
• Contributions des établissements		244,683	225,847
• Intérêts		64,027	14,222
• Autres (fournir les détails, p. 21)		5,030	47,100
Sous-total		$313,740	$562,169
Diminutions:		$	$
• Projets autorisés		368,599	540,358
• Autres (fournir les détails, p. 21)		123	5,301
Sous-total		$368,722	$545,659
• Solde à la fin de l'exercice		$126,276	$181,258
Total		**$301,923**	**$580,179**

FONDS DE SUBVENTIONS DES SERVICES AMBULANCIERS
BILAN AU 31 MARS 1982

ACTIF

			1981-82	1980-81
À court terme:				
• Encaisse			133,803	
• Dépôts à terme			100,000	240,000
• Comptes à recevoir			3,709	2,222
Total			**$237,512**	**$242,222**

PASSIF

À court terme:			$	$
• Comptes et frais courus à payer			66,885	33,041
				4,789
Sous-total			66,885	37,830
SOLDE DU FONDS				
• Solde au début de l'exercice			$204,392	$149,891
Augmentations:				
• Subventions du M.A.S.	a) Subventions d'installation			40,000
	b) Subventions pour manque à gagner		160,000	126,900
	c) Subventions pour formation du personnel		40,000	65,100
• Intérêts			35,135	16,057
• Autres (fournir les détails, p. 21)			200	
Sous-total			$235,335	$248,057
Diminutions:				
• Subventions aux entreprises ambulancières	a) Subventions d'installation		8,351	
	b) Subventions pour manque à gagner		236,127	179,018
	c) Subventions pour formation du personnel		24,553	14,537
• Autres (fournir les détails, p. 21)			69	1
Sous-total			$269,100	$193,556
Solde à la fin de l'exercice			$170,627	$204,392
Total			**$237,512**	**$242,222**

FONDS DU PROGRAMME DE SERVICES À DOMICILE
BILAN AU 31 MARS 1982

ACTIF

	1981-82	1980-81
À court terme:		
• Encaisse	$ 23,372	$
• Dépôts à terme	52,100	130,000
• Comptes à recevoir	117,094	70,792
• Subvention à recevoir		7,500
Total	**$ 192,566**	**$ 208,292**

PASSIF

À court terme:		$	$
• Comptes et frais courus à payer		16,725	
• Projets autorisés à payer	Année courante		104,345
	Années antérieures		18,129
Sous-total		$ 16,725	$ 122,474
SOLDE DU FONDS			
• Solde au début de l'exercice		$ 85,818	$ 176,232
Augmentations:			
• Subventions du M.A.S.:	a) Fonctionnement	1,308,812	1,013,792
	b) Mobilier et équipement		
• Intérêts		35,947	29,100
• Autres (fournir les détails, p. 21)		54,716	53,740
Sous-total		$1,399,475	$1,096,632
Diminutions:			
• Subventions aux établissements ou organismes:	a) Fonctionnement	$1,200,975	$1,143,777
	b) Mobilier et équipement		3,771
• Autres (fournir les détails, p. 21)		108,477	39,498
Sous-total		$1,309,452	$1,187,046
• Solde à la fin de l'exercice		$ 175,841	$ 85,818
Total		**$ 192,566**	**$ 208,292**

FONDS POUR SERVICES PSYCHIATRIQUES
BILAN AU 31 MARS 1982

ACTIF

	1981-82	1980-81
À court terme:		
• Encaisse	$ 67,504	$ 23,769
• Dépôts à terme		
• Comptes à recevoir	1,122	11,155
Total	**$ 68,626**	**$ 34,924**

PASSIF

À court terme:			
• Comptes et frais courus à payer		$ 43,209	$ 18,574
• Projets autorisés à payer	Année courante	$	$
	Années antérieures		
Sous-total		$ 43,209	$ 18,574

SOLDE DU FONDS

• Solde au début de l'exercice		$ 16,350	$ 837
Augmentations:			
• Subventions du M.A.S.:	a) Secteur santé	$	$
	b) Secteur social		
• Intérêts		6,386	3,679
• Autres (fournir les détails, p. 21)		151,540	134,995
Sous-total		$157,926	$138,674
Diminutions:			
• Projets autorisés:	a) Secteur santé	$135,026	$123,159
	b) Secteur social		
• Autres (fournir les détails, p. 21)		13,833	2
Sous-total		$148,859	$123,161
• Solde à la fin de l'exercice		$ 25,417	$ 16,350
Total		**$ 68,626**	**$ 34,924**

FONDS POUR LOCATION D'ESPACE
BILAN AU 31 MARS 1982

		1981-82	1980-81
ACTIF			
À court terme:			
• Encaisse		$ 53,707	$ 29,078
• Dépôts à terme			
• Comptes à recevoir		1,119	651
Total		**$ 54,826**	**$ 29,729**
PASSIF			
À court terme:			
• Comptes et frais courus à payer		$	$
• Projets autorisés à payer	Année courante		2,937
	Années antérieures		
Sous-total		Nil	2,937
SOLDE DU FONDS			
• Solde au début de l'exercice		$ 26,792	$ n/a
Augmentations:			
• Subventions du M.A.S.:	a) Secteur santé	$ 80,900	$ 31,620
	b) Secteur social	339,600	157,114
• Intérêts		14,371	2,901
Sous-total		$434,871	$191,635
Diminutions:			
• Projets autorisés:	a) Secteur santé	$ 67,271	$ 25,817
	b) Secteur social	339,566	139,026
Sous-total		$406,837	$164,843
• Solde à la fin de l'exercice		$ 54,826	$ 26,792
Total		**$ 54,826**	**$ 29,729**

POOR

QUALITY

ORIGINAL